DIE PERIODISCHEN

PSYCHOSEN.

EINE KLINISCHE ABHANDLUNG

VON

DR. LUDWIG KIRN,
DOCENT DER PSYCHIATRIE IN FREIBURG I. B.

STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1878.

K. Hofbuchdruckerei Zu Guttenberg (Carl Grüninger) in Stuttgart.

Allgemeiner Theil.

Einleitung.

Die Thatsache, dass manche Seelenstörungen sich nach Ablauf längerer oder kürzerer Zwischenzeiten wiederholen, ist längst bekannt, vielleicht fast eben so lange, als man überhaupt der Beobachtung von Psychosen die Aufmerksamkeit zugewandt hat. Aber bis in die neueste Zeit, — in welcher sich die Psychiatrie zum Range einer Wissenschaft erhoben hat — hatte man das frappante Factum einfach registrirt, ohne dessen pathologische Bedeutung näher zu betrachten; etwa versuchte Erklärungen waren unfruchtbar oder abenteuerlich.

Nachdem Medicus um die Mitte des vorigen Jahrhunderts in seiner „Geschichte der periodischen Krankheiten“* eine Anzahl von Fällen von periodischem Irresein zusammengestellt hatte, war es der bahnbrechende Pinel, der im Jahr 1798 in den „Mémoires de la société médicale d'émulation“ zuerst einen Aufsatz über „periodischen Wahnsinn“ den Fachgenossen übergab. Er unterschied Anfälle, die nach Tagen (auch im Tertiantypus), Wochen, Monaten und seltener wiederkehrten. Er verlegte — den damaligen Anschauungen conform — den ursprünglichen Sitz des periodischen Wahnsinns in die Magengegend, von welchem Mittelpunkte aus sich die Anfälle wie strahlenförmig verbreiten sollten. In seinem 10 Jahre später erschienenen Werke (Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, Paris 1808) theilte Pinel die periodische Manie in

---

* Karlsruhe 1764.

regelmässige und unregelmässige ein und erklärte Erstere für weit schwerer heilbar als Letztere.

Forster stellte sich auf exakteren Boden; indem er in einschlägigen Fällen einigemal die eine Hirnhemisphäre höher fand als die andere, bezog er die Periodicität auf „die wechselnde Thätigkeit beider Hirnhemisphären.“

Andere Forscher appellirten wieder an äussere Verhältnisse; so Carus — „das Nervensystem nimmt an der Periodicität der äussern Natur entschieden Antheil,“ Guislain* „die Atmosphäre beeinflusst die Geisteskrankheiten,“ das periodische Irresein tritt besonders im Frühjahr ein, indem die Hitze die Kranken aufregt.“ Endlich prüfte Koster** den Einfluss des Monds auf die Psychosen und suchte den Nachweis zu führen, dass die Periodicität in Seelenstörungen nicht allein von den verschiedenen Mondphasen, sondern auch von den wechselnden Entfernungen des Monds von der Erde (Perigäum und Apogäum) abhänge.

Indessen hatte Esquirol (nachdem er schon im Dictionnaire des sciences médicales 1812—14 im Artikel „Manie“ sich über dieses Thema geäussert) in seinen „Maladies mentales“ (Paris 1838, tom. II., pag. 168) eingehender die periodischen Irresein-Formen behandelt und zwar im Wesentlichen folgendermassen:

„Die intermittirende Manie, mit bald regelmässigen, bald unregelmässigen Anfällen, ist sehr häufig; sie findet sich etwa bei dem dritten Theile der Maniakalischen.

„Wie die intermittirenden Fieber, nimmt die intermittirende Manie den täglichen, tertiären und quartanen Typus an, oder die Anfälle kehren alle 8 Tage, alle Monate, jedes halbe oder ganze Jahr oder alle 2, 3 und 4 Jahre wieder.

„Die Anfälle brechen spontan aus, ohne bekannte Ursache, als die Jahreszeit oder das Jahr, in welchem die früheren Anfälle statt hatten, oder sie sind bald durch die gleichen, bald von den ersten Anfällen verschiedenen Ursachen hervorgerufen.

* Maladies mentales p. 111.

** Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XVI. p. 415 u. 693.

„Die Anfälle entstehen durch moralische Einwirkungen, durch psyschische Unordnungen, durch Verdauungsstörungen, Kopfweh oder accidentelle Krankheiten.

„Bei manchen Personen kehrt der tobsüchtige Anfall nach jeder syphilitischen Infektion wieder, bei Frauen zuweilen z. Z. jeder Menstruation, jeder Schwangerschaft, jeder Niederkunft, auch um die Zeit des Stillens und Entwöhnens.

„Trunkenheit, Hautausschläge, Metritis, Phthisis und Epilepsie erzeugen die Wiederkehr von Anfällen.

„Es gibt sehr regelmässige Anfälle von Manie, sowohl in Bezug auf die Zeit ihrer Wiederkehr, die Natur ihrer Symptome, als auch auf die Krisen und die Dauer.

„Manche Anfälle haben constante Prodromal-Erscheinungen, entweder maniakalischer oder melancholischer Natur, bei manchen besteht ein Vorgefühl des nahenden Anfalls.

„Im Allgemeinen enden die Anfälle rasch und zuweilen ohne Krisen. Zumeist ist während des Zwischenraums die Wiederkehr zu den Gedanken und Gewohnheiten der Gesundheit vollständig; zuweilen bleiben aber Erscheinungen bestehen, welche beweisen, dass der Anfall keine vollständige Lösung gefunden hat.

„Die Intermittenz ist häufiger bei Manie als bei den übrigen Störungen. Nicht selten beobachtet man ganz regelmässiges Alterniren zwischen Manie und Phthisis, Hypochondrie oder Melancholie.“

Wir erblicken in dieser auf ein reichliches Beobachtungsmaterial sich stützenden Schilderung Esquirol's einen wesentlichen Fortschritt. Zum erstenmal wird der Versuch gemacht, die intermittirenden Störungen von den continuirlichen schärfer abzugrenzen und ihnen eigenthümliche Charaktere aufzustellen, sowie eine gewisse Gesetzmässigkeit ihres Verlaufes nachzuweisen. Ebenso anzuerkennen ist das Bestreben, eine rationelle Pathogenese anzubahnen. Natürlich aber musste dieser erste Versuch noch Vieles zu wünschen übrig lassen. Wenn wir jede präcisere Umgrenzung eines Krankheitsbildes vermissen, so ist auch in Folge der Einbeziehung von vielem nicht Hierhergehörigem (wie Phthisis, Epilepsie etc.) in Folge von

Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen und allzu kühnen Schlüssen, die aufgestellte Aetiologie vielfach auf hypothetischem Boden stehend, zum Theil der exakteren Beobachtung geradezu widersprechend.

Die folgenden Autoren schlossen sich im Wesentlicheu an diese Schilderung an, ohne Neues zu bieten, nur die Casuistik wurde durch Einzelbeobachtungen da und dort vermehrt. Eine wesentliche Bereicherung der bisherigen Kenntnisse brachten die Jahre 1851 und 1854, in welchen die Pariser psychiatrischen Grössen Falret und Baillarger eine besondere Form des periodischen Irreseins, welche bisher nur beiläufige Erwähnung erfahren hatte, eingehend beschrieben und erörterten. Es ist dies die cyklische Geistesstörung, Folie circulaire oder Folie à double forme, die sich charakterisirt durch regelmässige periodische Wiederkehr von gleichgearteten Anfällen, welche scharf abgegrenzte Stadien von Manie und Melancholie zeigen.

Unter den neueren Handbüchern findet die periodische Psychose nnr in den trefflichen Werken von Spielmann* und Flemming** eingehende Würdigung. Beide kommen, wenn auch im Einzelnen von einander abweichend, in den Hauptpunkten übereinstimmend, zu folgenden Resultaten:

„Es besteht eine eigenartige Krankheitsform, welche die Charaktere der intermittirenden Psychose zeigt. Diese ist aber nicht durch einen einzigen Anfall diagnosticirbar, welcher sich ähnlich, wie eine einfache Störung äussern kann, sondern nur durch den Verlauf, d. h. durch die periodische Wiederkehr mehrerer Anfälle vollkommen zu würdigen. Die einzelnen Anfälle sind unter einander ganz gleich, so oft sie auch wiederkehren mögen in ihren Erscheinungen und in ihrem Verlaufe. Die periodische Tobsucht leitet sich durch ein melancholisches Stadium ein, erreicht ihre Höhe in gemessenen Zeiträumen und schliesst mit einem melancholischen Nachstadium ab. Die einleitende Melancholie unter der Form der Folie raisonnante und

* Diagnostik der Geisteskrankheiten, Wien 1855 p. 324.

** Pathologie und Therapie der Psychosen, Berlin 1859 p. 262.

der plötzliche Umschlag der Stimmung in ihren Gegensatz deutet meist auf periodische Störung. Die folgende Ermattung steht meist in geradem Verhältniss zur Dauer des Anfalls. Der Zustand in der anfallsfreien Zeit ist kein absolut gesunder, wenn auch die vorhandenen abnormen Erscheinungen öfter schwer nachweisbar sein mögen. Es kann — nach Spielmann — im Intervall Melancholie, Folie raisonnante, Verrücktheit und Blödsinn bestehen. Diese Störung nimmt im gleichen Verhältniss mit Dauer und Länge der Anfälle zu.“

Haben uns diese Resultate vorurtheilsfreier Forschung vollkommen auf exakten wissenschaftlichen Boden geführt, so beziehen sich die wenigen in unser Thema einschlagenden Bereicherungen der neuesten Literatur — ausser der spärlichen Casuistik — auf einzelne Formen der periodischen Psychose und werden in unseren speciellen Abschnitten ihre Erwähnung finden.

Pathogenese.

Das Gesetz der periodischen mehr oder minder regelmässigen Wiederkehr gewisser Functions-Störungen tritt uns überall in der Pathologie der Nervenkrankheiten entgegen, wir finden es bei Neuralgieen und Neurosen, bei Hysterie und Epilepsie; es wird uns desshalb nicht befremden, auch bei psychischen Erkrankungen demselben zu begegnen, um in bald mehr, bald weniger auffälliger Weise hervorzutreten.

So treffen wir öfter bei Manie oder Melancholie regelmässig sich einstellende Remissionen und Exacerbationen oder die zeitweilige Wiederkehr bestimmter Symptom-Gruppen, so finden wir bei manchen Fällen allgemeiner Paralyse das regelmässige Alterniren zwischen Depressions- und Exaltations-Zuständen u. a. m.

Es ist somit nur eine weitere Ausdehnung des allgemeinen Gesetzes, wenn sich ein längeres und complicirtes psychisches Krankheitsbild in periodischer Weise wiederholt.

Von mancher Seite angezweifelt, oder wenigstens anders gedeutet, wird das Auftreten solcher Störungen auf empirischem Wege zu beweisen sein.

Die Betretung des anatomischen Weges dürfte zur Zeit wenigstens noch zu keinen positiven Resultaten führen, obwohl es hier nicht unerwähnt bleiben darf, dass Meynert darauf hingewiesen hat, dass gewisse periodische Formen in Beziehung zu chronischen Gehirn-Anomalien und deren Phasen bezüglich der Gefäss-Innervation stehen dürften.

Es gelingt, an der Hand der klinischen Beobachtung, entschieden festzustellen, dass intermittirende Seelenstörungen thatsächlich bestehen, und dass denselben bestimmte Charaktere innewohnen. Ist nun auch dieser Beweis für die sehr ausgesprochenen Fälle leicht zu erbringen, so stösst dagegen die scharfe Abgrenzung dieses Gebiets auf wesentliche Schwierigkeiten. Es wird daher unsere Aufgabe sein — auf Grund klinischer Erfahrung — die charakteristischen Züge des Krankheitsbilds kurz zusammenzufassen.

Zunächst müssen die intermittirenden Psychosen von einfachen Exacerbationen auf der einen, von Recidiven auf der andern Seite unterschieden werden.

Jene sind einfache Steigungen einer bestehenden Störung zu höherem Grade, die Steigung bewegt sich in der gleichen formalen Richtung, in der gleichen Stimmungslage, bietet keine Aenderung ihrer Qualität, sondern nur ein quantitatives Plus — die intermittirende Störung hebt sich dagegen als selbstständige Krankheitsform von dem Intervall ab — ohne dass dieses übrigens ein absolut freies wäre.

Die Recidiven stellen sich in regellosen Zeiträumen ein, sie können eine mannigfaltige Gestaltung und verschiedene Formen darstellen, während die Anfälle der periodischen Störung gesetzmässig in gleicher Weise ablaufen. Bei Letzteren muss hauptsächlich darauf Nachdruck gelegt werden, dass zwar der charakteristische Anfall zeitlich und symptomatisch streng abgegrenzt ist, mit seinem Ablauf aber nicht Vollbesitz der Gesundheit wiederkehrt, vielmehr der pathologische Grund-

zustand auch im anfallsfreien Intervall andauert. Also die Krankheit oder wenigstens die innere Krankheitsursache besteht fort, während ihre Hauptäusserung schweigt, der Art, dass die Organe der psychischen Thätigkeit oft wenig auffällig in Mitleidenschaft gezogen werden.

Somit sind periodische Seelenstörungen solche, welche, auf einem dauernden pathologischen Zustand beruhend, nur in gewissen, bald mehr, bald minder regelmässigen, Zeiträumen mit charakteristischen Krankheits-Anfällen in Scene treten, während in den Zwischenzeiten nur leichte, oft sehr geringgradige, psychische oder nervöse Veränderungen an den Fortbestand des krankhaften Zustandes erinnern.

Haben wir hiemit eine Definition des Begriffs der periodischen Psychose gegeben, so ist nicht zu leugnen, dass in der Praxis die Feststellung der Diagnose in manchen Fällen auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten stösst, die nur eine fortgesetzte und exakte Beobachtung und Ergründung — und auch diese nicht in allen Fällen — zu beseitigen vermag.

Zunächst werden wir unser Augenmerk auf die Zeiten zwischen den Anfällen, auf die sogenannten Intervalle lenken, wir werden nach Erscheinungen suchen, welche nach Aufhören der für die Anfälle charakteristischen, vorhanden sind, welche eben darauf hindeuten, dass die Gesundheitsstörung nicht völlig ausgeglichen ist. Diese müssen durchaus nicht mit jenen charakteristischen verwandt, nur wie jene auf das Central-Nervensystem zurückführbar sein. Treffend äussert sich hierüber Flemming: „In der Regel werden wir auch mehr oder minder deutliche Ausstrahlungen dieser Störungen auf die Gemüths- und intellektuelle Sphäre bemerken, Reflexe und Schatten, die allzu vorübergehend und nicht beträchtlich genug sind, um den Namen der Seelenstörung zu verdienen, die aber gleichwohl als Abweichung vom normalen psychischen Leben anerkannt werden müssen.“

Im psychischen Gebiete treffen wir hier im Bereich der Stimmung Wandelbarkeit und namentlich Reizbarkeit (wenn

auch zumeist nicht in der gleichen Höhe, wie bei den Epileptikern) auf der einen Seite und gewisse Schwäche-Symptome, geistige Depotenzirung, Abnahme des gemüthlichen Tonus auf der andern Seite, mitunter auch einen leichten Hauch von Depression; Erscheinungen, welche im gleichen Verhältniss mit der Häufigkeit und Länge der Anfälle zuzunehmen pflegen. In andern Fällen sind es nur gewisse neurotische Erscheinungen, wie Cephalalgie, Neuralgieen, Hyperästhesieen etc., welche die Aufmerksamkeit auf den fortbestehenden krankhaften Grundzustand lenken.

Wichtiger aber ist zweifellos die Beobachtung der Anfälle selbst; vor Allem müssen sich dieselben mehrmals wiederholt haben, um überhaupt eine Diagnose gestatten zu können. Hier ist nun zu betonen, dass sich diese Anfälle entweder in annähernd gleichen Zeiträumen oder unter gleichen Verhältnissen wieder einzustellen pflegen.

Dann ist als eine geradezu pathognomonische Erscheinung die Gleichheit der Anfälle hervorzuheben, eine Gleichheit in der Hauptrichtung und dem Gang des Anfalls, sowie in der Kette der einzelnen Erscheinungen, welcher Gleichheit ich schon vor Jahren (psychiatrische Versammlung in Heidelberg 1869) den Charakter der photographischen Treue vindicirte — Gleichartigkeit der Prodrome, der Invasion, des Ansteigens und Abfallens der Erscheinungen, Gleichheit des Nachstadiums, so dass alle Phasen der früheren Anfälle von den späteren wieder durchlaufen werden. Stets treffen wir wieder die gleiche Stimmung, die gleichen Vorstellungen, das gleiche Handeln; ebenso die gleichen, nicht psychischen Erscheinungen.

Im Prodromal-Stadium besteht nicht allein stets die gleiche Richtung der Stimmung, sondern auch der gleiche Inhalt, z. B. bei periodischer Manie häufig ein Stadium melancholischer Folie raisonnante, oder stets das gleiche angstvolle Ahnen des kommenden Anfalls. Gleich charakteristisch wie das Vor- und Nachstadium ist der prompte Umschlag in die für den Anfall charakteristische Stimmung, desgleichen der meist rasche Ueber-

gang in das anfallsfreie Stadium. Bei diesem Umschlag der Stimmung sind die ersten psychomotorischen Erscheinungen stets die gleichen, so dass sie als ein sicherer Barometer des beginnenden Anfalls aufgestellt werden können. Nun spielt sich der ganze Anfall, wie oben angedeutet, in allen seinen Phasen wieder ab. Wie die psychische Symptome, sind es auch die somatischen, welche sich mehr oder minder vollkommen wiederholen, die gleichen Verdauungsstörungen, die gleiche Störung der Herz-Innervation, die entsprechenden Neuralgieen, Hyperästhesieen, hysteriformen Erscheinungen etc.

Diese summarisch geschilderten Erscheinungen bilden den Grundcharakter der Psychosis periodica. Treffen wir sie auch nicht alle in jedem Einzelfalle, ist auch keine derselben allein untrüglich, so bilden sie doch hochwichtige Leitungs-Punkte; je mehr wir dieselben nachzuweisen vermögen, desto mehr sind wir zur Stellung der Diagnose berechtigt. —

Nachdem wir also das Bestehen der periodischen Psychose festgestellt haben, drängen sich uns hochwichtige Fragen auf, zunächst nach der Ursache, aus welcher die Anfälle jeweils wiederkehren, und dann warum die einzelnen Anfälle stets das gleiche Krankheitsbild liefern? Die erste Frage ist eine complicirte, d. h. sie wird nicht in allen Fällen die gleiche Beantwortung finden, vielmehr wesentlich nach der pathogenetischen Verschiedenartigkeit der einzelnen Formen eine verschiedene Deutung erfahren müssen; — wir können desshalb erst bei der speciellen Ausführung auf dieselbe eingehen.

Dagegen gelingt es uns vielleicht hier die räthselhaft erscheinende Thatsache, dass nach ihrem Inhalt die einzelnen Anfälle, auch wenn dieselben durch vielmonatliche Pausen getrennt sind, stets wieder die gleichen Krankheitsbilder liefern, dem Verständniss wenigstens etwas näher zu

rücken. Offenbar bleibt — nach psychologischen Erfahrungen — im Gehirn, dem Organ des psychischen Lebens, die ganze Vergangenheit des Bewusstseins, auch wenn die Erinnerungsbilder längst abgeblasst oder völlig verwischt sind, wie in einem sicheren Archive deponirt. Die vielen Vorstellungen, die während eines langen und reichen Lebens durch das Bewusstsein gegangen sind, sie sind nicht verloren, sie sind nur verhüllt, aber treulich bewahrt, um vielleicht zu günstiger Stunde wieder nutzbar gemacht zu werden. Wie oft sind wir ausser Stande, uns — trotz aller geistigen Anstrengung — auf gewisse Dinge, auf einzelne Begriffe, auf Zahlen und Namen oder auf ganze Vorstellungsreihen zu besinnen und doch treten zu andern Zeiten ganz unwillkürlich die vordem vergeblich gesuchten Begriffe und Vorstellungen vor unser Bewusstsein. Diese Thatsache bietet ein Analogon für das Auftreten mancher krankhaften Störungen im Seelenleben.

Oft kann der Irrenarzt die nur also verständliche Thatsache beobachten, dass gewöhnliche Alltagsmenschen, wenn sie in Tobsucht verfallen, nicht nur durch die Aeusserung einer reichen Fülle von Vorstellungen als geistreiche Persönlichkeiten imponiren, sondern auch ganz besonders über zahlreiche Erinnerungsbilder umfassender Vorstellungskreise, die vordem vielleicht nur ganz vorübergehend das Bewusstsein beherrscht und zweifellos Jahre und Jahrzehnte geschlummert hatten, mit gleicher Sicherheit wie über frisch aufgenommene Eindrücke disponiren können.

Eine gewisse Verwandtschaft bietet die periodische Wiederkehr stets der gleichen Bewusstseins-Aeusserungen bei intermittirenden Psychosen; hat das lucidum intervallum begonnen, so sind die Elemente des überstandenen Anfalls dem gegenwärtigen Inhalt des Bewusstseins entrückt, offenbar aber sind sie nicht völlig entschwunden, vielmehr in guter Ordnung im Gehirn deponirt, um auf bestimmte Veranlassungen, seien es periphere oder centrale, plötzlich in Scene zu treten und in der gleichen Reihenfolge, wie bei den früheren Anfällen zu verlaufen, so dass sich das ganze Krankheitsbild bis in seine

feinsten Züge wiederholt. Hierher ist auch die interessante Beobachtung Maudsley's zu beziehen, dass manche Kranke in ihren lichten Intervallen nur die Erinnerung ihrer früheren Intervalle bewahren, während sie sich in ihren Paroxysmen nur der Vorfälle der früheren Paroxysmen erinnern.

Die Eintheilung der in Anfällen verlaufenden Psychosen.

Wir haben im vorausgehenden Kapitel erörtert, welche Erscheinungen wir für charakteristisch für die uns beschäftigende Störungsform halten und fassen alle Fälle, welche diese bieten unter dem Begriff der „periodischen Psychosen" zusammen.

Gehen wir aber — auf Grund der Beobachtung einer grösseren Zahl von Kranken — auf die Einzelfälle über, so bieten diese — neben ihrer Einheit — auch so manchfaltige Verschiedenheiten, dass man dieselben — ohne ihnen Zwang anzuthun — nicht wohl unter einen Hut bringen kann.

Wohl aber lassen sich diese Eigenthümlichkeiten, bei eingehender Betrachtung, auf gewisse Gesichtspunkte zurückführen, aus welchen sich die Möglichkeit, ja Nothwendigkeit, ergibt, die Fälle in abgeschlossene Gruppen einzutheilen.

Hier haben wir in erster Linie eine Gruppe auszuscheiden, die ihrem Wesen nach keinen Anspruch hat, zu den periodischen Störungen im engeren Sinne gerechnet zu werden — da ihre Genese eine verschiedene ist; die aber in ihrem Erscheinungsbilde so viel Aehnlichkeit mit jenen zeigt, dass wir ihre Schilderung nicht wohl umgehen können.

Während nämlich bei allen hier in Frage kommenden Erkrankungen, als letztes anatomisches Substrat eine Störung gewisser cerebraler Bahnen postulirt werden muss, genügt bei den ächten periodischen Fällen diese centrale Veränderung an sich zur Auslösung der Krankheit, sie ist die direkte unmittelbare Folge derselben; hievon unterscheidet sich eine Reihe

äusserlich ähnlicher Zustände wesentlich dadurch, dass — neben dem natürlich auch hier vorhandenen krankhaften Gehirnzustand — es jeweils eines mehr oder weniger peripheren Factors bedarf, um die Anfälle auszulösen. Hier ist bei ähnlichem Ablauf der Anfälle die Periodicität nur eine scheinbare, ein reeller Anfalls-Typus nicht vorhanden.

Wir haben diese sekundär ausgelösten, in Anfällen verlaufenden, Psychosen somit von den ächten periodischen Störungen vollkommen abuztrennen, und werden ihnen — bei dem hohen klinischen und diagnostischen Interesse, das sie bieten — nach jenen eine kürzere Betrachtung widmen.

Wie sehr auch diese Unterscheidung — bei eingehender Untersuchung und Beobachtung — sich als eine naturwahre erweist, somit vollständig berechtigt ist, so können wir uns doch nicht verhehlen, dass dieselbe in der Praxis mitunter auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten stösst. Wenn auch in vielen Fällen die pathologische Bedeutung nach den erörterten Gesichtspunkten klar festzustellen ist, so begegnen uns doch auch zweifellos Störungen, deren Genese nicht in dem Grad zu ergründen ist, dass wir sie bestimmt auf die eine oder andere Weise zu erklären vermöchten. Auch können wir die Möglichkeit keineswegs ausschliessen, dass wirkliche Uebergangsformen existiren, d. h. Fälle, welche neben einem gewissen immanenten Typus auch durch periphere Körperzustände beinflusst werden.

Bei den ächten Typosen bietet die Dauer der Anfälle den ersten wichtigen Unterscheidungspunkt, da augenscheinlich vielmonatliche Anfälle in ihrer ganzen pathologischen Bedeutung von den nur wenige Tage währenden verschieden aufzufassen sind. Wohl ebenso wichtig, als der Unterschied in der Dauer erscheint uns der nach der Intensität der Erscheinungen; Folie raisonnante und akute Tobsucht dürften doch wohl auch auf abweichende Grundzustände zurückzuführen sein. Hier begegnen wir der interessanten Thatsache, dass die Anfälle von längerer Dauer meist mit der mehr oberflächlich erscheinenden Störung coincidiren, so dass sich zwei wichtige Kriterien für eine Krankheitsform verwerthen lassen.

Den lezten Anhaltspunkt gibt uns Form und Inhalt der Störung — wornach sich periodische Manie, periodische Melancholie und periodische cyklische Störung als Unterabtheilungen aufstellen lassen. —

Auf Basis dieser Gesichtspunkte haben wir versucht, die mannigfaltigen Krankheitsbilder, welche periodische Störungen bieten, in Gruppen einzutheilen, um diese gesondert einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Der in derartigen Eintheilungen nahe liegenden Gefahr einer künstlichen Trennung oder Vereinigung, suchten wir dadurch zu begegnen, dass wir von möglichst einfachen und naheliegenden Unterscheidungen ausgingen. Gewiss wird in manchem concreten Falle die Zutheilung zu einer bestimmten Gruppe auf Schwierigkeiten stossen, vielleicht nicht bedingungslos möglich sein — doch wiederholt sich ja dieser Mangel bei den meisten Formen unserer Psychosen in geringerem oder höherem Grade und scheint uns den Vortheil einer Eintheilung, wenn auch zu beeinträchtigen, doch nicht in Frage zu stellen.

* * *

Wir unterscheiden somit:

I. Die ächten, d. h. direkt central bedingten, periodischen Psychosen.
   1. Solche mit langen Anfällen.
      a) Periodische Manie.
      b) Periodische Melancholie.
      c) Periodische cyklische Psychose.
   2. Solche mit kurzen Anfällen.

II. Sekundär ausgelöste, in Anfällen verlaufende Psychosen.

Specieller Theil.

I. Periodische Psychosen direkt centralen Ursprungs.

Durchforschen wir an der Hand eines grösseren Beobachtungsmaterials Entstehung und Verlauf der periodischen Störungen, so tritt uns eine grosse Zahl von Fällen entgegen, bei denen weder eine vorurtheilsfreie Anamnese noch eine genaue klinische Beobachtung im Stande ist, Ursachen für das Eintreten der einzelnen Anfälle nachzuweisen.

Es fehlen psychisch eingreifende Momente oder, wo solche beschuldigt werden, erweisen sich dieselben für den Kundigen als die ersten Symptome des bereits hereinbrechenden Anfalls, es finden sich keine palpablen Veränderungen bestimmter peripherer Organe, welche durch Vermittelung der Nervenbahnen die Anfälle auslösen könnten. Hier sind wir also — per exclusionem — vollkommen berechtigt, central bedingte Ursachen, zunächst nicht näher zu definirende Veränderungen im psychischen Centrum, als die Ausgangspunkte für die Anfälle anzunehmen; es handelt sich also hier um einen im Nervensystem immanenten Typus, für den wir wohl Analogieen (Schlaf, Menses — im physiologischen, Febris intermittens und remittens etc. — im pathologischen Leben) aber keine Erklärung kennen.

In einer kleineren Zahl von Fällen ist dieser Typus vollkommen ausgeprägt, wie bei den durch Malaria bedingten Erkrankungen, in andern schwankt er innerhalb — nicht allzuweiter — Grenzen der Art, dass die Anfälle bald etwas früher, bald etwas später auftreten. Es widerspricht auch keineswegs

der Annahme dieses Typus, dass dann und wann günstige äussere Verhältnisse (Lebensweise, welche jeden äusseren Reiz fern hält, Anstalts-Aufenthalt, therapeutische Einwirkungen) den Eintritt des Anfalls verzögern, oder dass ungünstige Beeinflussungen (psychische Depressionen, körperlich schwächende Lebensweise) denselben beschleunigen; denn niemals sind diese Verhältnisse bei hierher gehörigen Fällen in erster Linie massgebend für das Entstehen der Anfälle, immer ist denselben eine nur sekundäre Rolle zugewiesen, wie die Jahre lang fortgesetzte Beobachtung der betreffenden Kranken unter den gleichmässigen Verhältnissen der Anstalt nachzuweisen vermag. Das Gleiche gilt von der Dauer der ganzen Anfälle und ihrer Stadien; seltener sind dieselben vollkommen gleichmässig, öfter ist deren Länge kleineren, zuweilen auch grösseren Schwankungen unterworfen: in letzteren Fällen aber äussert sich die Gesetzmässigkeit darin, dass sowohl die einzelnen Stadien ihre gegenseitige Proportion bewahren, als auch die Dauer des Anfalls und des Intervalls im gleichen relativen Länge-Verhältnisse beharren; endlich müssen wir noch Fälle erwähnen, in welchen sowohl die Dauer des Anfalls, als die des Intervalls in gleichmässiger Weise allmälig an Länge zunehmen. Hauptsächlich in diesem pathogenetischen Momente gleich, im Uebrigen aber wesentlich verschieden, theilen sich die direkt central bedingten periodischen Psychosen in zwei natürliche Gruppen ab, deren erste sich charakterisirt durch meist Monate lang dauernde Anfälle mit relativ erhaltenem Bewusstsein und überwiegend nur mässiger Störung, während die zweite Gruppe kurze Anfälle von Störung zeigt, in welchen das Bewusstsein schwer gestört ist.

---

1. Centrale Typosen mit langen Anfällen.

Die erste, zugleich grösste Gruppe, der central bedingten periodischen Störungen charakterisirt sich durch mehr oder weniger typisch auftretende, meist Monate lang dauernde Anfälle mit überwiegend nur formaler Störung des Bewusstseins, während nur ein Theil der Fälle kürzere Zeit zu schwererer Störung mit Hallucinationen und Wahnvorstellungen ansteigt. Die grössere Zahl der Fälle gehört der periodischen Manie an, eine kleinere Zahl der cyklischen Störung, sehr wenige nur der periodischen Melancholie — hienach ergiebt sich die Eintheilung in Untergruppen.

Dass wir es hier mit einer natürlichen, zusammengehörigen Krankheits-Gruppe zu thun haben, nicht etwa mit einer künstlichen, erhellt aus der Aetiologie und Pathogenese, sowie aus der Symptomatologie der zu schildernden Fälle.

Die erste Rolle in der Aetiologie spielt die erbliche Anlage, die in vielen Fällen eine direkte, in andern wenigstens eine indirekte genannt werden kann. Durchmustern wir 21 genau beobachtete Fälle, so finden wir 10 mal ausgesprochene Geistesstörungen bei den Eltern, ferner 1 mal den Vater hochgradig krankhaft reizbar, des Vaters Bruder eigenartig, zwei Brüder gestört; 1 mal des Vaters Schwester gestört, den Bruder überspannt; 1 mal eine Schwester gestört, der Vater Potator; 1 mal den Urgrossvater gestört; 1 mal Vater und Grossvater heftig und leicht reizbar, beide an Gehirn-Apoplexie gestorben; 1 mal Vater und Geschwister excentrisch; 1 mal den Sohn später gestört. Es bleiben somit nur 5 Fälle übrig, in denen keine erbliche Belastung nachweisbar ist. Endlich ist noch zu erwähnen, dass in sechs

Fällen mehrere Familien-Mitglieder Störungen zeigen, von welchen 2 Fälle aus der gleichen Familie stammen, welche hochgradig erblich durchseucht ist. Es dürfte also in erster Linie auf diese Gruppe Morel's* Ausspruch Anwendung finden, dass „die psychische Degeneration sich oft in das Gewand der periodischen Psychose kleide." Wir haben es hier offenbar überwiegend häufig mit einem ab ovo abnormen Gehirnzustand zu thun, der wie der Keim zur erblichen Tuberkulose einige Zeit schlummert, um mit oder ohne Gelegenheitsursache zu einer gewissen Lebensperiode, zu wirklicher Erkrankung heranzureifen.

Zeichen von äusseren Körper-Deformitäten, von Hemmungsbildungen etc. haben wir bei unseren Fällen selten zu verzeichnen, dagegen begegnen wir häufig von Jugend an eigenartigen Geistes- und Gemüthsanlagen, die wohl auf die angeborene Gehirn-Organisation zurückzuführen sein dürften. Fast ausnahmslos stossen wir in unseren Krankengeschichten auf ein eigenartiges, excentrisches Wesen oder erhöhtes Selbstbewusstsein mit markirtem Egoismus oder grossem Eigenwillen, in anderen Fällen Neigung zu Leichtsinn und Ausgelassenheit, sanguinisch-cholerisches Temperament, leicht erregbares Gemüth, grosse Heftigkeit und Reizbarkeit, endlich bei einigen Frauen ausgeprägte hysteriforme Erscheinungen. Dabei war die geistige Begabung bei den meisten Individuen gut, zuweilen sogar hervorragend; nur zweimal wird uns über geistige Beschränktheit berichtet. —

Ein zweites wichtiges Ergebniss liefert uns die Aetiologie bei Betrachtung des Lebensalters z. Z. des Beginns der Erkrankung. Hier finden wir unter 21 Fällen folgende Zahlen: 3 mal das 14te, 2 mal das 15te, 3 mal das 16te, 1 mal das 17te, 1 mal das 19te, 3 mal das 20te, sowie je 1 mal das 22te, das 24te, 27te und 29te Jahr verzeichnet (in mehreren der letzten Fälle war es nur annähernd zu ergründen und dürfte mehrfach früher liegen); dann treffen wir nach einem

* Traité des dégénérescenses.

grossen Sprung 2 mal das 40te und 1 mal das 52te Lebensjahr als Anfangstermin der Erkrankung angegeben; in einem Fall war das Alter nicht bestimmbar. Der Anfang der uns beschäftigenden Form der periodischen Psychose fällt also — wenn wir hiemit den durchschnittlichen Beginn der Geistesstörungen im Allgemeinen vergleichen — ganz überwiegend häufig in eine sehr frühzeitige Lebensperiode. Wenn wir ferner, ohne einen Fehler zu begehen, annehmen dürfen, dass bei den zwischen dem 20ten und 30ten Jahre Notirten wahrscheinlich leichte Anfälle schon früher dagewesen sind, die ja gerade bei dieser Form, wie wir später erörtern werden, leicht übersehen oder missdeutet werden können, so sprechen unsere Zahlen zweifellos dafür, dass bei der Majorität der Fälle — 14 von 21, also 66 % derselben dürfen wir jedenfalls in Anspruch nehmen — der Anfang dieser Störung mit der Zeit der Pubertäts-Entwicklung zusammenfällt. Hat diese Thatsache schon an sich ihre grosse Bedeutung bei Stellung von Diagnose und Prognose der in diesem Alter sich einstellenden Psychosen, so wird die Erklärung derselben wohl dahin gehen, dass die in der Entwicklungszeit vor sich gehenden Aenderungen im ganzen Nervensystem entweder, und zwar in den meisten Fällen, die schlummernde erbliche Disposition wachrufen, oder in den selteneren nicht erblichen Fällen andere, das Nervensystem schädigende Einflüsse einen wohl vorbereiteten Boden zum Keimen der Psychose finden. Die Cirkulationsverhältnisse des Gehirns gestalten sich in dieser Lebensepoche anders; durch Einschaltung ganz neuer organischer Verhältnisse in das somatische Leben, sowie neuer Vorstellungskreise in das Bewusstsein muss das Gehirn zu stärkerer Reaktion nothwendig disponirt sein. Wie mächtig diese Entwicklung auf den ganzen Organismus einwirkt, und bei vorhandener Disposition gar leicht zu organischen Störungen führt, beweist ja auch unter Anderem die mit Vorliebe um diese Zeit sich einstellende Chlorose mit ihren mannigfaltigen nervösen Symptomen. —

Sehr nahe liegt es uns, ähnliche Einflüsse zu beschuldigen, welche zuweilen im Klimakterium die periodische Psychose

(wie in einem unserer typischen Fälle) zum Ausbruch kommen lassen; bringt doch das Klimakterium vielfach eine vollkommen organische Revolution bei bis dahin im Vollbesitz der Gesundheit befindlichen Frauen zu Stande — geschweige denn, wenn als Feind die Heredität im Hintergrunde steht.

In den beiden noch restirenden Fällen, deren Störung im 40ten Jahre ausbraach, scheinen ausser der Erblichkeit — in einem Falle psychisch deprimirende Einflüsse, in andern Alkohol-Excesse eingewirkt zu haben, Momente, die ja erfahrungsgemäss an sich Psychosen erzeugen können, die aber nichts Specifisches zur Lösung unserer Frage enthalten.

Auf Grund der aus obigen ätiologischen Erörterungen gezogenen Analyse kommen wir zu folgenden Schlussfolgerungen: *Zumeist erkrankt das mit dem erblichen Keim ausgestattete Gehirn — unter dem Einfluss der mächtig auf den ganzen Organismus einwirkenden Pubertäts-Entwicklung* — an einer bestimmten Form der *periodischen Psychose*; in seltenen Fällen wird die erbliche Belastung substituirt durch andere nervöse *Constitutions-Anomalien* (z. B. Hysterie); an Stelle der Pubertät kann auch das *Klimakterium* treten, vielleicht können unter Umständen auch schwer wiegende psychische Einflüsse und die Folgen von Alkohol-Excessen in ähnlicher Weise schädigend einwirken.

Symptomatologie. — Wie eingangs hervorgehoben, charakterisirt sich unsere Krankheitsform durch längere, *meist Monate lang* dauernde, Anfälle von ausgesprochener Störung, welche von entsprechenden relativ freien Zeiten unterbrochen werden. Diese Dauer beträgt zumeist 3—6 Monate, einzelne Fälle gehen bis auf 1—1½ Monat herab, andere wenige bis auf 8 und 10 Monate hinauf; einen Fall haben wir verzeichnet, in welchem die sich progressiv verlängernden Anfälle schliesslich auf mehrere Jahre sich ausdehnten.

Selten sind die Fälle, in denen sich der *gleiche Anfalls-Typus während des ganzen Verlaufs* einer langjährigen Erkrankung erhält. Ueberwiegend gestaltet sich der Verlauf der Art, dass sich erst nach mehrfachen Schwankungen

ein Typus einstellt, dann aber Jahre lang festgehalten wird, um erst später wieder sich nochmals in einen andern Typus zu transformiren, oder in der letzten Lebensperiode — wohl unter dem Einfluss allmälig gesetzter und fortschreitender anatomischer Läsionen — ein irreguläres Krankheitsbild zu zeigen.

So beobachteten wir bei unserem Falle Ludwig N. während 15 Jahren einen regelmässigen Typus, während derselbe die ersten Jahre der Erkrankung und die letzten des Lebens minder regelmässig eingehalten wurde.

Bei Rosalie M. waren die ersten Anfälle schwächer, belaufen sich aber seit nunmehr 12 Jahren je auf 4—6 Monate; bei Frau Gl. waren die Anfangsjahre nicht typisch, um dann aber 14 Jahre lang bis zum Tode im 1jährigen Typus zu verlaufen; bei N. K. anfangs kurze Anfälle, dann während 20 Jahren, meist in den Sommer-Monaten auftretende, Paroxysmen von je 3 Monaten, später Zurücktreten derselben; bei Sch—r, zuerst während 16 Jahren 6monatliche, dann aber 20 Jahre lang 8 bis 10monatliche Anfälle.

Andere Fälle zeigen von Anfang an oder nach zeitweiligem Bestehen die Tendenz zur Verlängerung der Paroxysmen; die erste Verlaufsart finden wir bei Emma Br., deren P. mit jedesmaliger Wiederholung um ca. 1 Monat anwuchsen, die zweite bei Sd., der 15 Jahre lang alljährlich einen Anfall zeigte, dann aber einen Anfall von 2, endlich einen von 6 Jahren beobachten liess, wobei sich aber die Intervalle im gleichen Maasse verlängerten.

Noch ist zu betonen, dass auch bei typischem Verlaufe die Dauer der Anfälle nur selten eine mathematisch genaue genannt werden kann; theils nachweisbare äussere (Anstalts-Aufenthalte oder Privatpflege, psychische Einflüsse, therapeutische Eingriffe etc.) oder nicht zu fixirende innere Momente führen hier zu bald grösseren, bald geringeren Schwankungen der Länge; wohl aber gilt auch hier ein nur selten übertretenes Gesetz, dass innerhalb eines jeden Krankheitsfalles die Länge des Anfalls in mehr oder weniger proportionirtem Verhältniss zur Länge des Intervalls steht,

d. h. dass mit der Zunahme der Länge des Anfalls auch die Länge der Pause zu wachsen, mit der Abnahme der Länge des ersten auch letztere sich abzukürzen pflegt.

Die einzelnen Anfälle sind gleichartig in ihren Stadien, ihrer Form und ihrem Verlauf — wie schon im allgemeinen Theile angegeben wurde und wie die nähere Betrachtung der Untergruppen ergeben wird.

Bezüglich der Qualität der Störung ergibt das Studium der einzelnen Fälle die wichtige Thatsache, dass sich dieselbe in der Regel (die Ausnahmen werden besonders betrachtet werden) im überwiegenden Theil des Anfalls nur auf eine gewisse Höhe erhebt, entweder auf dieser während des ganzen Verlaufs bleibt, oder nur auf kürzere Zeit diese übersteigt. Sehr häufig zeigt der Paroxysmus nur formale Störung, wie sie sich in dem Bild der Mania sine delirio, der Folie raisonnante, der Moral insanity abspielt, um nur in einem Theil der Fälle auf eine relativ kürzere Frist höher anzusteigen und dann tiefere Störung, Wahnvorstellungen und Hallucinationen zu zeigen, die mit dem Abfall von der Höhe rasch zurückzutreten pflegen. Dieses Höhestadium haben von unsern 21 Fällen 12 in der Form tieferer Störung mit Wahnvorstellungen erreicht, während nur 7mal Hallucinationen constatirt werden konnten.

In Rücksicht auf den Inhalt der Störung können wir — uns an die übliche Eintheilung der Psychosen haltend — drei Formen unterscheiden, nämlich: periodische Manie, periodische Melancholie und cyklische periodische Psychose, deren jede eine gesonderte Besprechung finden wird.

Die periodische Manie ist die bekannteste intermittirende Störung, die die eigentlichen Schulfälle enthält; wenig betont wurde dagegen bisher die nahe Verwandtschaft, in welcher dieselbe zu der cyklischen Psychose steht, die namentlich daraus erhellt, dass zwischen beiden entschiedene Uebergangsformen bestehen. Zeigt nämlich die typische periodische Manie ein kurzes melancholisches Vor- und ein gleiches Nachstadium und charakterisirt sich die Folie à double forme durch zwei

meist gleich lange Stadien der Manie und Melancholie, so verlängern sich die melancholischen Stadien der ersten Erkrankung in manchen Fällen der Art, dass sich dieselbe hiedurch der zweiten im hohen Grad annähert. Die periodische Melancholie, eine seltene Unterform, nährt sich in Genese und Verlauf so sehr den beiden andern hier zu betrachtenden Störungen, dass wir sie — trotz augenscheinlicher Verschiedenheiten — hier abhandeln zu müssen glauben.

Die anfallsfreien Zwischenzeiten. — Da die periodische Seelenstörung auf einem andauernden, in der Regel allmälich fortschreitenden, Krankheits-Processe beruht, die Anfälle nicht als Recidive einer jeweils geheilten, vielmehr als Aeusserungen einer und derselben Erkrankung aufgefasst werden müssen, so sind die anfallsfreien Zeiten nur durch das Aufhören der den Paroxysmen eigenthümlichen Erscheinungen, nicht aber durch einen Zustand völliger psychischer und somatischer Integrität charakterisirt. Lucida intervalla im buchstäblichen Sinne, d. i. vollkommen lichte Zwischenräume mit allen Attributen eines nach jeder Seite ungestörten Nervensystems, können somit hier nicht erwartet werden. So bestimmt wir aber für das Wesen unserer Psychosen die Anforderung eines andauernd kranken Zustands stellen müssen, ebenso schwierig ist derselbe in allen, namentlich frischen Fällen, zu beweisen. Zur richtigen Beurtheilung genügt es häufig nicht, die zu beurtheilenden Kranken einmal in einer anfallsfreien Zeit zu beobachten, wir müssen vielmehr — wo möglich — die Störung seit ihrem Beginn ergründen, die Erscheinungen des Geistes- und Nervenlebens nach den einzelnen Anfällen einer genauen Analyse unterziehen und Vergleichungen zwischen den Resultaten dieser Untersuchungen in den verschiedenen Intervallen anstellen. Auf diese Weise vorgehend, wird sich uns eine meist langsam, zuweilen aber auch rascher fortschreitende nervöse oder cerebrale Störung in den Intervallen offenbaren.

Da jede Genesung eine vollständige Ausgleichung der Lebensstörung und ihrer sämmtlichen Wirkungen voraussetzt,

so bedarf es, um sie zu constatiren des Nachweises, dass das betroffene Organ genau wie vor der Erkrankung funktionire, dass also im concreten Falle das Centralorgan des Nervensystems nach keiner Richtung seiner vielseitigen Thätigkeit eine Abnahme seiner Leistungsfähigkeit zeige. In schwierigen Fällen wird hier die synthetische Methode leichter als die analytische zum Ziele führen. Den Nachweis eines Defektes zu liefern, ist bei vielen, namentlich geistig hochstehenden, Patienten in der ersten Krankheitszeit, schwer, dem Arzt oft kaum möglich; denn es bedarf zur Beurtheilung einer genauen Kenntniss der Persönlichkeit vor der Erkrankung, um einen Vergleich in den Leistungen der Intelligenz, des Gemüths, des Strebens, und des ganzen Charakters anzustellen. Augenfälliger als leichte Anomalien im Vorstellungsleben sind diejenigen der Stimmung und Empfänglichkeit des Gemüths, welche mit dem gewohnten Verhalten des Individuums contrastiren (Lockerungen der herzlichen Beziehungen zu den Angehörigen, mangelndes Interesse für Angelegenheiten, die früher mit Theilnahme verfolgt wurden etc.). Schon vor der Erkrankung bestandene psychische Eigenthümlichkeiten und Fehler des Temperaments dürfen natürlich bei dieser Untersuchung nicht unberücksichtigt bleiben. —

Indem wir die hier sich ergebenden psychischen Anomalien näher charakterisiren, finden sich bei der Zusammenstellung zahlreicher Fälle wesentliche Verschiedenheiten. Bei nur wenig Kranken, namentlich in den früheren Stadien des Leidens, finden wir qualitative psychische Anomalien, so ein etwas verdüstertes Wesen, einen leichten Hauch von Melancholie, noch viel seltener einen geringen Erregungszustand. Den Ausspruch Spielmann's, dass in den Intervallen häufig das Krankheitsbild der „Verrücktheit“ bestehe, können wir nach unsern Beobachtungen nicht bestätigen.

In der grösseren Zahl der periodischen Psychosen äussert sich die Störung in den Intervallen in einer quantitativen Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit und nur in dieser, welche von Anfallspause zu Anhaltspause in einem, wenn

auch gewöhnlich sehr langsamen, Fortschreiten begriffen ist. Die Kranken haben nach den ersten Anfällen oft klare Einsicht in ihren Zustand, können formell richtig, vielleicht sogar scharfsinnig urtheilen, sie sind geistiger Leistungen fähig, können mitunter besser als Andere aus ihrer Umgebung der bürgerlichen Gesellschaft bei Ausübung ihres Berufs dienen — und doch hat die Intelligenz an Tiefe und Umfang eine Einbusse erfahren — die aber freilich nur eine genaue vergleichende Untersuchung des jetzigen und des früheren Zustandes aufzudecken im Stande ist. Der rein intellektuellen Abnahme geht ein entsprechender Verlust des gemüthlichen Tonus parallel, der sich in Verminderung der Theilnahme an Verwandten und Freunden, in Abstumpfung für Ethik und Moralität äussert. Im gleichen Verhältniss mit der Dauer der Erkrankung nimmt die geistige Leistungsfähigkeit ab, um endlich einer mehr oder minder grossen psychischen Schwäche zu weichen. Statt weitern Erörterungen wollen wir ein aus dem Leben gegriffenes Beispiel geben, das für eine ganze Klasse von Fällen als mustergültig betrachtet werden kann. „Der seit frühen Jahren an periodischer Manie leidende, in Illenau Jahrzehnte lang beobachtete Primus, Sch. konnte nach den ersten Anfällen jeweils seine Studien wieder aufnehmen und mit Erfolg betreiben und doch war die Leistungsfähigkeit schon etwas herabgesetzt; nach Verlauf einiger weiterer Jahre fehlte die alte geistige Rührigkeit und Energie; in der Folge machte sich ein Hang zu behaglicher Ruhe und zum Müssiggang geltend. Zwölf Jahre später hatte sich Primus zwar noch ein gutes Gedächtniss und ein im Allgemeinen richtiges Urtheil gewahrt, allein jedes höhere geistige Streben war bei dem ehedem trefflich begabten, strebsamen Jünger der Wissenschaft verloren, er beschäftigte sich mit leichten Bureau-Arbeiten, aber auch diese trugen den Charakter des Nachlässigen und Flüchtigen an sich. Nachdem weitere 15 Jahre mit manchen Anfalls-Stürmen vorübergegangen sind, besteht im Intervalle stets noch Krankheits-Einsicht, trotzdem ist jetzt der Geisteszustand als ‚Blödsinn‘ zu bezeichnen; jede Fähigkeit und

Lust zu ernster Thätigkeit fehlt, das Bedürfniss zu geistigen Genüssen macht sich nur noch in spielender Weise geltend, aller ästhetische Sinn ist verloren gegangen, Freude und Schmerz werden nur oberflächlich empfunden, die Stimmung ist gleichgültig, die Wünsche haben sich auf das Nächstliegende eingeschränkt.“ —

Bei einer andern Reihe von Fällen bleibt es nicht bei dem einfachen psychischen Defekt, vielmehr entwickelt sich zugleich eine Reizbarkeit der Stimmung und Neigung zu Affekten, welche übrigens nur selten einen so hohen Grad erreicht wie die iracundia morbosa der Epileptischen, die auf die geringsten Anlässe zu lebhaften Aeusserungen des Unwillens, zu heftigen Zorn-Ausbrüchen uud gewaltthätigen Handlungen führt. Meist bleibt die Reizbarkeit auf mässiger Höhe stehen und führt zu Unzufriedenheit, Argwohn und Streitsucht.

Ein verwandtes, aber doch wieder in wesentlichen Zügen verschiedenes Krankheitsbild bieten viele unserer weiblichen Kranken ausserhalb ihrer Anfälle, das im Allgemeinen dem Charakter der reizbaren Schwäche entspricht. Hier wechselt die Stimmung, wenn auch nicht völlig unmotivirt, so doch nach unverhältnissmässig geringfügigen Anlässen, zwischen den äussersten Extremen; die Erfüllung eines bescheidenen Wunsches, eine kleine Ueberraschuug erzeugt eine ungewöhnlich heitere, glückselige Stimmung, der aber Tiefe und Dauer abgehen; desgleichen führen alle nicht befriedigenden psychischen Eindrücke, wie z. B. die geringsten erlittenen Unbilden, eine kleine Vernachlässigung und Enttäuschung zu depressivem Affekte, der gewöhnlich rasch zu steiler Höhe ansteigt, um ebenso rasch wieder abzufallen. Es besteht ein willenloses Hingeben bald an freudige, bald an schmerzliche Eindrücke, ein reizbares des Gemüths-Tonus entbehrendes Wesen. Immer leidet wohl auch hier die Intelligenz, wenn auch nur in mässigem Grade.

Können nun gleichzeitig mit den geschilderten psychischen Symptomen auch neurotische zur Beobachtung kommen, so gibt es auch Fälle in denen, beim Mangel von geistigen Ano-

malien während der Intervalle, nur andere nervöse Funktionen gestört erscheinen, vor Allem die Sensibilität. Analog der erhöhten psychischen Erregbarkeit treffen wir hier eine allgemeine somatische Ueberempfindlichkeit. Oder es bestehen Neuralgieen der verschiedensten Nervenbahnen, am häufigsten der Intercostal-Nerven, ferner Schmerz- und Druckgefühle im Kopfe, Empfindlichkeit einzelner Wirbel, Muskel-Hyperästhesieen, parenchymatöse Schmerzen u. A. m. Selten werden in den intervallären Zeiten krampfhafte Beschwerden, wie Globus, Krampfhusten, Schluchzen, Erbrechen, in vereinzelten Fällen auch leichte hysterische Convulsionen beobachtet. —

Fassen wir die für die intervallären Zeiten charakteristischen Erscheinungen zusammen, so finden wir selten leichtere krankhafte Stimmungs-Anomalien, noch seltener ausgesprochene qualitative geistige Aenderungen, in der überwiegenden Zahl der Fälle dagegen eine quantitative, bald sehr langsam, bald rascher fortschreitende Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit und der gemüthlichen Empfänglichkeit, die sich in ihrer reinen Form als Beschränktheit, oder nach langjähriger Krankheitsdauer auch als Stumpfsinn äussert. Bei einer gewissen Zahl der Kranken ist der psychische Defekt mit Reizbarkeit und Neigung zu Affekten verbunden, während häufiger, namentlich bei Frauen, sich eine Abnahme des Gemüths-Tonus unter dem Bild der reizbaren Schwäche einstellt. Endlich können bei manchen Kranken eigentlich psychische Anomalien nicht erwiesen werden, während mancherlei neurotische Erscheinungen das Fortbestehen des krankhaften Grund-Zustandes bekunden.

A. Die periodische Manie.

Die periodische Manie mit langen Anfällen charakterisirt sich durch das intervalläre Auftreten gleich gearteter Anfälle von Manie, welche Wochen bis Monate dauernd, meist nur zu mässiger Exaltation ansteigen; sie werden eingeleitet

durch mannigfache Nervenstörungen und ein Stadium der Melancholie und schliessen wieder mit einem solchen ab; die zwischen den Anfällen liegenden und zu diesen im proportionalen Verhältniss stehenden Intervalle sind nicht absolut frei zu nennen, vielmehr lassen sich während derselben, anfangs leichtere, später stärkere Abweichungen von der Norm nachweisen.

Hochinteressant sind die dem Anfalle vorauseilenden, im Gegensatz zu den psychischen, als somatisch zu bezeichnenden Funktions-Störungen, die in sensiblen, vasomotorischen und trophischen Nervenbahnen, im Bereiche der Cirkulation und Digestion ablaufen, welche, obwohl den Anfällen schon angehörend, eben wegen ihrem zeitlichen Vorauseilen vor den charakteristischen Erscheinungen für die Diagnose derselben oft grosse Wichtigkeit erlangen. Diese Erscheinungen zeigen nun in den einzelnen Fällen grosse Mannigfaltigkeit, sie lassen sich bald leicht nachweisen, während sie unter andern Verhältnissen nur angedeutet scheinen; in veralteten Fällen nicht immer erkennbar, sind sie bei genauer Beobachtung frischer Psychosen so bestimmt festzustellen, dass an ihrem regulären Auftreten nicht gezweifelt werden kann. Diese Gesetzmässigkeit lässt sich dahin präcisiren, dass in jedem individuellen Fall ein bestimmt charakterisirter somatischer Symptomen-Complex voraus oder parallel geht, der sich bei jedem neuen Anfalle — wenn auch vielleicht nicht stets gleich stark ausgeprägt — wiederholt.

In vielen Fällen sind es Sensibilitäts-Anomalieen, die den Paroxysmus einleiten, theils Hyperästhesieen allgemeiner Natur, theils auf bestimmte Bahnen als Neuralgieen fixirt. Die bisher sich ganz wohl fühlenden Kranken werden düster, auf Befragen klagen sie über — zumeist sich in jedem Anfall mit grosser Constanz wiederholende — vage peinliche Gefühle oder bestimmt lokalisirte Schmerzen. Bald ist es Druck und Eingenommenheit des Kopfes, unbestimmter allgemeiner Kopf- und Rückenschmerz, bald sind es excentrische Schmerzen in den Extremitäten, bald Muskelhyperästhesieen in verschiedenen Körpertheilen, in andern Fällen präcisirte Neuralgieen der ver-

schiedensten Bahnen, am häufigsten der Nervi trigemini und intercostales mit Schmerzpunkten an Brust und Rücken, krampfhafte Magenbeschwerden (Vagus-Erscheinung?); auch allgemeine Hauthyperästhesie sowie Hyperästhesieen einzelner Sinnes-Organe, namentlich des Geruchs-Sinnes haben wir beobachtet. Zuweilen reihen sich hieran auch leichte motorische Störungen, wie Pupillen-Verengungen u. A. m. —

An die geschilderten Erscheinungen — vielleicht öfter ausgelöst durch peinliche Empfindungen — pflegt sich eine schmerzhafte Verstimmung anzuschliessen, das melancholische Vorstadium des Anfalls, welches wohl selten vermisst wird, wenigstens konnten wir es bei unseren 13 Fällen — 11 mal constatiren (die andern beiden waren ältere Fälle, deren Anfänge uns weniger exakt bekannt sind). Die Dauer des Vorstadiums ist verschieden, steht aber meist in einem bestimmten Verhältniss zur Dauer des maniakalischen Anfalls — es beträgt einige Stunden, ein bis mehrere Tage (dies am häufigsten), bei sehr langen Anfällen wohl auch einige Wochen — und gehört dann jenen Fällen an, welche den Uebergang zu der Folie à double forme bilden. Die Depression kann sich als einfache Verstimmung äussern, mit Missmuth und Unbefriedigtheit, mit düsterem unzugänglichem Wesen, Furcht vor dem Alleinsein, oder als hypochondrische Melancholie, mit tiefem Krankheits-Bewusstsein, mit dem Gefühle geistiger Leere und Schwäche, auch als vage objektlose Angst (oft mit dem Sitz im Praecordium) und Selbstanklagen; sie kann sich endlich bis zum Taedium vitae steigern — wie denn mehrere unserer Kranken wiederholt in diesen Stadien Selbstmordversuche machten. In der Regel bleibt es aber bei der reinen, uncomplicirten Melancholie, die sich vorwiegend in der Stimmung und dem Affect abspielt und sich frei hält von Wahnvorstellungen und Hallucinationen. —

Der maniakalische Anfall pflegt nun rasch in Scene zu treten. Die gedrückte Stimmung wird — manchmal scheinbar plötzlich — von der gehobenen verdrängt, nicht selten geschieht es mitten in der Nacht, aber auch im Laufe des Tages,

dass aus dem Melancholicus ein Maniacus wird. Rasch ändert sich Miene und ganze Haltung, es tritt eine vollständige Metamorphose ein, so dass wir heute eine total verschiedene Persönlichkeit, wie gestern vor Augen haben. Wie nun bei jedem Individuum das melancholische Vorstadium des einen Anfalls, das Spiegelbild des folgenden ist, so treffen wir auch jeweils — mit dem Umschlag der Stimmung — alsbald wieder die gleichen Aeusserungen des maniakalischen Drangs, so dass diese — in ihrer steten Wiederholung — eine geradezu pathognomonische Bedeutung haben. Beispielsweise verlangte aus unserem Beobachtungskreise ein sonst zufriedener Arbeiter jeweils mit dem beginnenden Anfall Lohn für seine Thätigkeit, ein Zweiter liess stets das gleiche Lied ertönen, während ein Dritter die Guittare anstimmte, ein Vierter jeweils den Hut mit einer Feder schmückte etc.

Gleich wichtig sind die — mit dem Umschlag der Stimmung — in der somatischen Sphäre eintretenden Aenderungen. Die Sensibilitäts-Anomalien treten jetzt meist zurück, während an ihre Stelle eine andere Symptomen-Reihe tritt, die gleichfalls individuell sehr verschieden, doch ihrem nervösen Ausgangspunkt nach für alle Kranken constant ist — es sind dies Erscheinungen, welche auf Mittheilnahme des sympathischen Systems beruhen. Es stellen sich Störungen der Verdauung, Aenderungen der Sekretion etc. ein — während neben diesen, oder allein Cirkulations-Störungen selten fehlen. Vor Allem begegnen wir gesteigerter Frequenz und Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit, Herzpalpitationen, gesteigerter Völle des Carotis-Pulses, Aenderung der sphygmographisch aufgenommenen Pulswelle (in jedem Fall in gleicher Weise), vasomotorische Röthung des Gesichts, der Ohren, zuweilen mit auffallender Blässe wechselnd, Hitze- und Kälte-Gefühle, welche plötzlich kommen und gehen, lokale Temperatur-Aenderungen. Im Bereich der Verdauung treffen wir — verminderte Esslust bei gesteigertem Durst, belegte Zunge, Cardialgie, Erbrechen oder aber vermindertes Sättigungsgefühl mit Polyphagie. Die Sekretion bald des Schweisses

oder des Speichels, bald des Urins kann gesteigert sein. Selten tritt Meteorismus, Zwerchfellskrampf, Krampfhusten u. dgl. m. ein. Interessanter Weise stellt sich in vereinzelten Fällen in jedem Anfall wieder das gleiche Exanthem (namentlich Urticaria) oder Pruritus der Haut ein. Mitunter endlich zeigen die Pupillen eine Aenderung ihrer Weite; bei einem unserer Kranken bestund regelmässig zur Anfallszeit Pupillen-Krampf. Rasch eintretende Aenderung in der Körper-Ernährung kommt auch nicht selten zur Beobachtung. Ohne Zweifel haben wir diese Symptomen-Reihe auf ein höheres Centralorgan zurückzuführen, nicht aber auf die die psychische Thätigkeit direkt vermittelnden Gehirnbahnen, vielmehr auf die Centren des Sympathicus, der vasomotorischen und trophischen Nerven. Werden nun entsprechende Erscheinungen auch bei Fällen einfacher Manie beobachtet, so liegt doch in ihrer regelmässigen Wiederkehr und ihrem gesetzlichen Ablauf bei der Mania periodica entschieden Etwas sehr Charakteristisches.

Erörtern wir nunmehr das psychische Bild des Anfalls. Ohne allen Zwang lassen sich bei der Manie im Allgemeinen — nach der Art der Bewusstseinsstörung — zwei Hauptgruppen unterscheiden; bei der ersten verdrängt die Störung vollkommen das Bewusstsein, sie verläuft wie etwas Fremdes über demselben; bei der zweiten wird sie in das Bewusstsein aufgenommen. Die erste charakterisirt sich durch tiefe Störung oder völlige Aufhebung des Bewusstseins, das durchaus von krankhaften Perceptionen, von Sinnes-Täuschungen und Wahnvorstellungen beherrscht ist, während gleichzeitig ein hochgradiger motorischer Drang zu bestehen pflegt; die zweite scheint sich, bei vielfach richtigen Perceptionen und logischem Denken, in dem Masse dem gesunden Bewusstsein zu nähern, dass Unterschätzung ja völlige Verkennung des krankhaften Zustandes oft nicht allzu ferne liegt.

Unsere Krankheitsgruppe gehört — mit gewissen Ausnahmen und Beschränkungen — der letztern Form an und charakterisirt sich überwiegend als mässige, mit besonders hervortretender Steigerung im Streben und Handeln ver-

bundene — einfache Exaltation, welche in das Bewusstsein vollkommen aufgenommen, zu einer im grössern Theil des Anfalls nur formalen Störung des Vorstellungslebens führt, um nur auf der Höhe der Erregung und auch da nicht in allen Fällen, eine Steigerung zu erfahren, welche, dem erhöhten Reizzustand des Gehirns entsprechend, Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen — als kürzer dauernde Erscheinungen — aufkommen lässt. In diesen Anfällen kommen jene Bilder zur Beobachtung, welche wir als Folie raisonnante, Mania sine delirio, Moral insanity zu bezeichnen gewöhnt sind — Krankheitsformen, welche sämmtlich sich im Allgemeinen keiner günstigen Vorhersage erfreuen. —

Wir werden nun versuchen die Hauptzüge des psychischen Bildes zu entwerfen, welche wir zahlreichen Kranken-Beobachtungen entnehmen. Die einzelnen Fälle zeigen natürlich vielfach wechselnde Erscheinungen; nicht allen zu schildernde Veränderungen werden wir überall begegnen, ebensowenig können wir erschöpfendalle denkbaren Symptomen-Reihen vorführen; immerhin werden zahlreiche Fälle in unserer Skizze ihr Spiegelbild finden.

Die Stimmung ist gehoben, bald heiter und glücklich, bald gereizt und feindlich gegen die unterschätzte Umgebung. Die heitere übermüthige Stimmung entspricht dem gesteigerten Selbstbewusstsein, der Ueberschätzung der eigenen Persönlichkeit. Vor Allem besteht häufig das Gefühl besten Wohlseins, so dass manche Kranke, sobald der Paroxysmus beginnt, ihre Umgebung versichern, „so wohl wie jetzt sei es ihnen noch nie gewesen“, Andere — im Paroxysmus — diesen als die gesunde, die ruhige als die kranke Zeit bezeichnen.

Die Exaltation des Vorstellens erscheint als Steigerung der gesunden Denkfähigkeit, als Erhöhung des Gedächtnisses, als Schärfung des Urtheils. Die Vorstellungen werden rascher und leichter gebildet; frühere seit Jahren schlummernde Gedanken erwachen zu neuem Leben und imponiren durch ihre Fülle und Präcision.

Am meisten hervortretend ist eine allgemeine Steigerung des Wollens und Strebens, sich äussernd in einer unermüd-

lichen Thätigkeit, in Geschäftigkeit ohne bestimmte Ziele und Zwecke. Eine innere Unruhe, dem Kranken selbst zuweilen bewusst, bemächtigt sich seiner und treibt ihn zu stetem Handeln, das aber oft geraume Zeit als der Ausdruck natürlicher Lebhaftigkeit erscheinen kann. Der Bewegungsdrang führt zu rastlosem Wandern; während der Wohlhabende Vergnügungsreisen unternimmt, verlässt der Arbeiter, oft plötzlich und unmotivirt, Werkstätte und Dienstherrschaft und zieht mit leerem Beutel von Ort zu Ort, bis er endlich als Landstreicher aufgegriffen und heimgebracht wird. Ruhige sonst eingezogene Menschen jagen jetzt allen Vergnügungen nach, ziehen von Wirthshaus zu Wirthshaus, besuchen Schauspiel und Tanz, durchschwärmen ganze Nächte. Sie werden freigebig, verleihen oder verschenken ihr Geld, ohne es zu beachten, oder es erwächst bei ihnen die Lust zur Spekulation und zu vielerlei Unternehmungen, die oft mit Schärfe ausgedacht, nie aber mit Ausdauer verfolgt werden.

Dem reichen Vorstellungs-Inhalt entspricht eine grosse Redseligkeit, eine profuse Geschwätzigkeit, wobei ganze Gedichte recitirt, und lange Reden improvisirt werden. Die auf Selbstüberhebung basirenden Aeusserungen wechseln nach Individualität und äusseren Verhältnissen. Der Eine lobt seine Schönheit, welche das andere Geschlecht entzücke, der Andere seinen Verstand oder seine künstlerische Begabung, die zu Grossem befähigen, oder endlich seine Körperstärke, seinen Muth, welcher ihn Jedem überlegen mache. Die Selbstüberschätzung strebt aber auch auf Kosten Anderer die eigene Persönlichkeit in ein helleres Licht zu setzen. So suchen die Kranken mit einem ihnen in gesunden Tagen nicht eigenen Scharfsinn die Fehler ihrer Umgebung auf, um sie zu geisseln. In der Ueberzeugung der untrüglichen Wahrheit ihrer Aussprüche dulden sie keinen Widerspruch, gerathen desshalb leicht in Streit und entwickeln dann eine ungemeine Sucht zu Disput und Rechthaberei, wobei sie oft mit gewandter Zunge und logischer Schärfe ihre Thesen verfechten, deren Prämissen nur zuweilen falsch sind. Bei der bestehenden grossen Reiz-

barkeit können die leisesten Zweifel in die Wahrheit ihrer Behauptungen den lebhaftesten Affekt, einen wahren Sturm von Heftigkeit heraufbeschwören. Gleichzeitig wird der Verkehr sehr erschwert durch die Neigung zu ironischen Reden, zum Raisonniren über das Höchste und Geringste, zu Silbenstechen und Wortspalten, wobei gewöhnlich eine grosse Schlagfertigkeit und häufig ein geisselnder Witz zu Tage tritt. In der Anstalt sind sie so die bösen Dämone für die Umgebung, mit der sie im beständigen Unfrieden leben, die Wärter verläumden, die Mitkranken aufstiften.

Ist die Mania sine delirio noch mehr entwickelt, so führt die Steigerung der motorischen Seite des Seelenlebens zu offener Störung im Handeln, zu Antrieben ohne Ziel und Zweck, welche nicht selten in lebhaftem Contraste zu dem scheinbar geordneten Vorstellungsleben stehen. Schon das Aeussere dieser Kranken wird oft auffällig durch eine abenteuerliche Kleidung, durch phantastischen Schmuck, durch einen mit der gesunden Gewohnheit contrastirenden sorgfältigen Putz in einem, durch Vernachlässigung des Anzugs im andern Falle. Bald wird das ganze Treiben solcher Menschen befremdend, und ihre Handlungen werden, — wenn das Krankhafte derselben verkannt wird — als Ausfluss von Bosheit gedeutet. Diese Deutung liegt um so näher, wenn die Kranken in Folge einseitiger Schärfe des Urtheils — welche als Schlauheit und Verschlagenheit imponirt — es verstehen, Thatsachen zu entstellen, soweit es ihrem Vortheil entspricht, und sich also mit List aus ihren Händeln ziehen, indem sie die gegen sie erhobenen Anklagen als böswillige Verläumdungen Anderer darstellen.

Nicht selten kommen diese Periodici, bei mild verlaufenden Anfällen, mit der Strafrechtspflege in Conflikt — wegen Ehrenkränkung und Verläumdungen, wegen nächtlicher Ruhestörung, wegen Schlägereien, Betrug und Diebstählen; sie wissen aber vor Gericht Alles zu leugnen und mit Schlauheit zu entschuldigen. Hier gilt es den ganzen Menschen, nicht die fragliche That allein zu beurtheilen; aber auch die letztere zeigt schon manchmal an sich das Kriterium des Krankhaften, namentlich das

Fehlen eines genügenden Motivs; wie der geisteskranke Dieb das Nächstliegende, das ihm in die Augen gestochen, mitnimmt, um es auf der Landstrasse alsbald wieder weg zu werfen. Viele Jahre, selbst Jahrzehnte wurden so bei manchem unserer Kranken die maniakalischen Anfälle verkannt und gaben zu vielfachen richterlichen, endlich auch ärztlichen Untersuchungen und zu Controversen Anlass, bis schliesslich — nach so mancher abgesessenen Gefängniss-Strafe — die Aufnahme in die Irren-Anstalt und selbst dann oft nur mit Widerstreben, zugegeben wurde.

Wie ausserhalb, so wird auch in der Anstalt alles Verkehrte im Handeln und Eigenartige im Benehmen mit Scharfsinn und Redegewandtheit entschuldigt und beschönigt. Hiebei ist zu betonen, dass der motorische Drang, stets in erster Linie zu dem bunten Treiben führt, als spontanes Bewegen ohne Ziel und Zweck, zu dem erst in zweiter Linie eine Rechtfertigung, ein meist ohne eigene Ueberzeugungs-Treue gegebener Erklärungs-Versuch nachträglich zugefügt wird; natürlich steht desshalb der motorische Aufwand häufig an Dauer und Intensität in keinem Verhältniss zu den angegebenen Motiven (z. B. auf Vorhalt wegen Unruhe — wird diese gerechtfertigt — bald durch die vermeintlich widerrechtliche Zurückhaltung in der Anstalt, bald durch angebliche Ruhestörung durch den Nachbar, bald durch „Zahnweh“ oder „Krämpfe“, bald endlich durch quälenden Durst und das Verlangen nach einem Glas Wasser u. A. m.). —

Noch kann erwähnt werden, dass sich bei manchen Kranken der motorische Drang mit Vorliebe nach der Richtung gewisser Triebe äussert, die zwar an sich nicht specifisch sind, wohl aber durch ihre regelmässige Wiederkehr Beachtung verdienen. Manchmal können dieselben, die übrigen maniakalischen Erscheinungen verdunkelnd, der Art in den Vordergrund des Krankheitsbilds treten, dass sie das Signum pathognomonicum desselben darstellen. In erster Linie treffen wir hier eine grosse sexuelle Erregbarkeit, die wir bei mehr als der Hälfte unserer Kranken, bei Frauen etwas häufiger als bei Männern, nachzuweisen im Stande waren; diese äussert

sich in der Neigung zu Coquetterie, Verliebtheit, erotischen Erklärungen, obscönen Reden, schmutzigen Zoten, Heirathsplänen (ein illenauer, den gebildeten Ständen angehöriger, Kranke hatte sich, so lange er ausserhalb der Anstalt lebte, fast in jedem neuen Paroxysmus mit einem und andern Mädchen verlobt!), endlich in häufiger materieller Befriedigung der sinnlichen Liebe oder Hingabe an Onanie.

Hieran reiht sich der häufige Trieb zu geistigen Getränken (bei Männern und Frauen), der in vielen Fällen als erstes der Umgebung auffälliges Symptom in die Erscheinung tritt und dann nicht selten als die Ursache des folgenden Paroxysmus angeschuldigt wird. (Ein Irrthum, vor welchem eine sorgfältige Anamnese und das Fehlen der für den Alkoholismus charakteristischen Erscheinungen leicht schützen kann.)

Ferner begegnen wir bei einer Reihe unserer Kranken dem Hang zum Entwenden (früher mit Unrecht „Stehltrieb“ genannt — da der Zweck der Bereicherung meist fehlt), bei dessen Ausführung sie auch mit grosser Schlauheit, wie gelernte Gauner, verfahren und sich oft lange dem wachsamen Auge des Gesetzes entziehen. In der Anstalt „finden“ sie Vieles, das gar nicht verloren gegangen, sammeln alle möglichen, oft unbrauchbaren, Gegenstände.

In der geschilderten oder ähnlicher Weise pflegt bei den meisten Kranken der grössere Theil, bei einzelnen sogar die ganze Zeit des Anfalls zu verlaufen. Bei zwei Drittel der von uns beobachteten Fälle trat auf der Höhe der Erkrankung — für relativ kürzere Zeit — eine Steigerung der maniakalischen Exaltation ein. Das Bewusstsein wurde schwerer gestört, es stellten sich falsche Apperceptionen und Wahnvorstellungen ein, endlich kam es bei einigen Kranken zur Bildung von Hallucinationen, namentlich des Gehörs, seltener zugleich auch des Gesichts, einmal zu solchen des Gehörs und Geruchs. Charakteristisch ist hier wieder, dass Wahnvorstellungen und Hallucinationen in allen Anfällen des gleichen Kranken genau die gleichen zu sein pflegen. Der schweren Bewusstseinsstörung pflegt ein gesteigerter motorischer Drang in Reden

und Thaten parallel zu gehen. Nie aber steigert sich dieses Stadium der Acme zu jener hohen an Bewusstlosigkeit grenzenden Bewusstseinsstörung des Maniacus, in welcher die Vorstellungen incohärent werden, sich in jäher Hast folgen, in welcher Delirien allein das psychische Leben beherrschen; vielmehr bleibt auch jetzt noch ein gewisser Grad von Besonnenheit bestehen.

Das Höhestadium erhält sich längere oder kürzere Zeit, nicht aber so lange, um zu dem Hauptabschnitt des Anfalls zu werden und pflegt dann — indem die krankhaften Perceptionen zurücktreten, das Bewusstsein sich aufhellt, die gesteigerte Motilität um eine Stufe herabsinkt — rasch wieder zum Stadium der Mania sine delirio abzufallen. Dieses verläuft, wie oben geschildert, geraume Zeit weiter, um endlich, meist rasch zu enden, und von dem melancholischen Nachstadium abgelöst zu werden, das psychisch und somatisch die gleichen Erscheinungen, wie das Vorstadium bietend, zur anfallsfreien Zeit hinüberführt.

Hiemit haben wir ein Krankheitsbild entworfen, nach welchem weitaus die grössere Zahl der Fälle von Mania periodica mit langen Anfällen zu verlaufen pflegen; aber nicht alle stimmen hiemit vollkommen überein, vielmehr gibt es auch, wie die Beobachtung ergibt, seltenere Ausnahmen, welche abweichende Symptome zeigen. Da aber auch bei Letzteren Genese und Anfallsdauer, Einleitung und Ausgang mit den abgehandelten Fällen stimmt, glauben wir auch Diese hier im Anschluss kurz besprechen zu sollen. Hier haben wir zunächst drei Fälle zu verzeichnen, die ihre nahe Verwandtschaft zur vorliegenden Krankheitsgruppe dadurch bekunden, dass die Anfälle anfangs theils längere, theils kürzere Zeit nach dem Schema der Folie raisonnante oder Mania sine delirio abliefen, in der Folge aber — vielleicht unter dem Einfluss von auf das Gehirn wirkenden Schädlichkeiten (z. B. Alkohol-Excessen) — zu schwerer Störung führten. In den späteren Anfällen war das Bewusstsein sehr getrübt, bis zur Verworrenheit, sowie von Wahnvorstellungen und Sinnes-Delirien beherrscht. Bei ausgesprochenen Kopf-

Congestionen und beschleunigter Herzthätigkeit bestund ein grosser motorischer Drang, Unruhe bei Tag und Nacht, die sich unverhüllt als spontanes Bewegen äusserte, nicht mehr nach Erklärungsversuchen umsah und öfters bis zu zerstörenden oder gewaltthätigen Handlungen steigerte. Die Grundstimmung war mehr gereizt und feindlich. Auch diese Anfälle leiteten sich durch ein melancholisches Vorstadium mit entsprechenden somatischen Störungen ein und stiegen dann, durch einen kurzen Zeitraum mässiger Erregung, rasch zu schwererer Störung an, verliefen die grössere Anfallszeit in ihr, um dann wieder nach einem kurzen Zustand geringer Exaltation mit einem Stadium melancholicum zu enden.

Ein weiterer unserer Fälle zeigte zwar im Allgemeinen das oben geschilderte Schema, überschritt aber dasselbe bezüglich der Höhe der Störung und Erregung. Die periodische Manie entwickelte sich auch hier zur Zeit der Pubertäts-Entwicklung, bot mehrmonatliche Anfälle, welche mit einem ausgesprochenen melancholischen Stadium begannen und endeten und von charakteristischen somatischen Symptomen begleitet waren. Die wechselnde Stimmung schwankte zwischen muthwilliger Heiterkeit mit erotischen Elementen und feindlicher Gereiztheit. Auch hier wurde das verkehrte Handeln mit Schlauheit unter Mithilfe der Verläumdung beschönigt. Aber es kam bald zu Auftreten von Gehörs- und Gesichts-Delirien, welche die Stimmung im Sinne grosser Gereiztheit beeinflussten, zu grösserer Unruhe, lautem Sprechen und Schelten und zu lebhaften Affektstürmen, welche sich öfter in aggressiven und gewaltthätigen Handlungen entluden. Längere Zeit blieb der Anfall auf dieser Höhe, um dann, durch einen kürzer dauernden Zustand mässiger Erregung und Reizbarkeit, mit dem melancholischen Nachstadium zu enden.

Zweifellos wird noch mancher Fall, der nach seinem allgemeinen Charakter dieser Gruppe zuzurechnen ist, in der einen oder andern Art Variationen vom Schultypus zeigen, ohne diesen hiedurch erschüttern zu können.

Beobachtung I.

Periodische Manie. Lange Anfälle mit ganz überwiegender einfacher Exaltation. Allmählicher Uebergang in Dementia.

Primus Sch., Theologe, geb. 1808; Urgrossvater geisteskrank. Früher von blühender Gesundheit, von lebhaftem Temperamente, geistig sehr begabt, von leichter Auffassungsgabe, vortrefflichem Gedächtniss, desshalb trotz ärmlicher Abkunft zum Studium bestimmt; zugleich aber leicht erregbar und heftig. — Seit dem 20. Lebensjahre an periodischer Tobsucht leidend.

Plötzlicher Beginn der Störung mit mehrwöchentlichem melancholischem Vorstadium mit Selbstanklagen und Bitten um Verzeihung, mit Taedium vitae und Selbstmordversuchen. Hierauf lebhafter maniakalischer Anfall von mehrmonatlicher Dauer. Grosse Selbstüberschätzung („Keiner ist geschickter, Keiner schöner, Keiner stärker als ich, nicht umsonst heisse ich der Primus!") Lebhafter motorischer Drang (rastloses Umherlaufen, durch Nichts zu hemmender Redefluss). Grosse Neigung zu geistigen Getränken. Bedeutende geschlechtliche Aufregung (platonische und materielle Liebe, schmutzige Zoten). Kurze Exacerbationen mit lebhaftem Schreien, Ausstossen von Drohungen, Neigung zum Entwenden.

Alljährliche Wiederholung der Anfälle — meist ambulando durchgemacht — mit unstetem Umherziehen, Kneipen, Renommiren, Anknüpfung zahlreicher Liebes-Verhältnisse u. A. m. Primus galt desshalb als fauler und nachlässiger Student und höchst ausschweifender Mensch.

Trotz des jeweils in den längeren freien Perioden wieder aufgenommenen Studiums konnte dasselbe, in Folge der stets wiederkehrenden Unterbrechungen, nicht zum Ziele geführt werden, zumal entsprechend der längeren Dauer der Erkrankung der bemooste Studiosus auch in den Intervallen nicht mehr die alte Rührigkeit und Energie entfaltete.

Im Jahre 1841 — nach 13 Jahre bestehender Erkrankung — ward Primus auf einige Monate in die Anstalt zu Heidelberg und nachdem während der folgenden Jahre die Versuche der Local-Versorgung gescheitert waren, im Oktober 1844 bleibend in die Anstalt Illenau aufgenommen.

Die maniakalischen Anfälle wiederholten sich hier periodisch in der langen Beobachtungszeit von 22 Jahren. Sie leiteten sich mit einem mehr oder weniger ausgesprochenen melancholischen Stadium ein, das sich bis auf einige Wochen ausdehnen konnte, verbunden mit den Gefühlen von Schmerz, Druck, Eingenommensein des Kopfes und geistiger Leere. Die Depression konnte bis zum Taedium vitae ansteigen.

Rasch schlug die gedrückte in gehobene heitere Stimmung und volles Gesundheitsgefühl um und die Aeusserung: „so wohl wie jetzt noch nie gewesen zu sein," konnte mit Bestimmtheit auf einen beginnenden Paroxysmus bezogen werden. Er ward nun sehr redselig und wiederholte alltäglich die Bitte um Entlassung, schmiedete mancherlei Pläne für die Zukunft, wollte Unterricht in allen möglichen, ihm wenig bekannten, Sprachen ertheilen etc. Er sang viel und laut und entlockte der Guittare und der Flöte, die lange unberührt im Schreine gehangen, stürmische Klänge. Der Schlaf ward unruhig und gestört.

Nachdem die Exaltation sich einige Zeit auf mässigem Niveau gehalten, stieg sie — während die Augen glänzten, das Gesicht sich röthete, die Gefässthätigkeit sich hob und die Speichel-Sekretion sich vermehrte — zu grösserer Höhe an. Eine gewaltige Selbstüberschätzung äusserte sich schon in der stolzen Haltung, dem gespreizten Gange und dem ganzen selbstgefälligen Benehmen des Kranken, sie trat aber noch klarer in den Aeusserungen desselben zu Tage. Er konnte sich selbst nie genug loben; bald war es seine Schönheit, die das weibliche Geschlecht entzücke, bald sein Verstand und seine Kenntnisse, seine Leistungen im Dichten und Deklamiren, bald seine künstlerische Begabung für Musik und Malerei, bald endlich

seine Körperstärke, die ihn jedem Gegner überlegen mache. Er stellte viele, seinen vermeintlichen Verdiensten entsprechende, Anforderungen und äusserte sich bei der Nichtgewährung sehr unzufrieden über Arzt und Wärter, über Kost und Tabak. Sich in alle fremden Angelegenheiten einmischend, gab er bei der ärztlichen Visite über jeden Kranken sein Gutachten ab; dabei suchte er mit Scharfsinn alle Fehler und Schwächen seiner Umgebung auf, um sie zu geisseln. Gegen die also aufgereizte Umgebung trat er mit rücksichtsloser Heftigkeit, mit Drohungen, zuweilen selbst gewaltthätig auf.

Auf sehr charakteristische Weise wurde während der ganzen Dauer der Exaltation Alles Verkehrte im Benehmen und Handeln durch scheinbar sehr scharfsinnige Gründe gerechtfertigt und entschuldigt. Stets bestand eine erhebliche sexuelle Erregbarkeit (Aufsuchen von Frauenzimmern, erotische Briefe mit Heiraths-Anträgen, Onanie). Ein unwiderstehlicher Drang zum Entweichen wurde — trotz strenger Isolirung — wiederholt, auf scharfsinnige Weise realisirt (z. B. durch das Fenster einer hohen, nur mit Oberlicht versehenen Zelle).

Der weitaus grösste Theil des Anfalls verlief ohne Sinnes-Delirien und Wahnvorstellungen; nur auf dem Höhepunkt derselben traten mehrfach Gehörs-Täuschungen und aus ihnen entsprungene Wahnvorstellungen auf, welche aber stets ganz flüchtig vor dem Bewusstsein vorüberzogen.

Allmälich traten die stärkeren Erscheinungen der Exaltation zurück, während ein mässiger Grad derselben in Form von Herrschsucht, Begehrlichkeit, Reizbarkeit und Streitsucht erst nach mannigfachen Schwankungen der ruhigen Stimmung wich.

Der Anfall schloss, wie er begonnen, mit einem Stadium der Depression ab, in dem lebhaftes Krankheitsgefühl, gedrückte, missmuthige Stimmung, schmerzliche Anschauung der persönlichen Lage, Lebensüberdruss und Todesfurcht bestunden. Dieses Nachstadium ging mittelst eines Zeitraums der Trägheit und Mattigkeit und eines bedeutend gemehrten Schlafbedürfnisses in die anfallsfreie Periode über.

In der geschilderten Weise verliefen alle Anfälle, die während mehr als 20 Jahren in der Anstalt beobachtet wurden, einer dem andern ähnlich in dem ganzen Charakter und den einzelnen Zügen, nur in der Dauer und der Höhe der Erregung schwankend, einige Male auch abortiv abklingend. Während dieselben früher alljährlich einmal aufgetreten waren, wiederholten sie sich in der Anstalt nicht mit der gleichen Regelmässigkeit; wohl aber bestund darin eine Gesetzmässigkeit, dass während der Anfälle, ohne an Intensität zu steigen, einen mehr protrahirten Verlauf nahmen, sie in gleichem Verhältnisse seltener auftraten und dessgleichen das Lucidum intervallum an Länge gewann.

Die ganze Anfalls-Periode dauerte anfänglich 6, wuchs allmälig auf 8—10 Monate und war in den letzten Anfällen bis auf ein volles Jahr ausgedehnt. Entsprechend verlängerten sich die früher 6—8monatlichen freien Zeiträume auf 1, 1½ Jahr und mehr.

In den anfallsfreien Zeiten, in welchen schon beim Eintritt in die Anstalt nicht mehr die ganze geistige Frische vorhanden war, wurde eine langsam fortschreitende psychische Schwäche beobachtet. Alles höhere geistige Streben ging allmälig verloren, die Arbeitslust und Fähigkeit verminderten sich zusehends, während die Stimmung den Charakter der Gleichgiltigkeit annahm. In späteren Jahren bestund das Bild des Blödsinns mässigen Grades.

Beobachtung II.

Periodische Manie. — Jahrzehnte lang vollkommen unter dem reinen Bilde der Mania sine delirio verlaufend.

Ambrosius M., geb. 1810, nicht erblich veranlagt, von sanguinischem und reizbarem Temperament, schon in der Schule zu Leichtsinn und Ausgelassenheit geneigt, von kräftiger Körperbeschaffenheit und guter Gesundheit.

Die Anstrengungen und Nachtwachen seines Handwerks (er lernte die Bäckerei), die reichlichen Misshandlungen und körperlichen Strafen von Lehrherrn und Eltern werden als die Ursachen des (wenn nicht früher) 1819 deutlich ausgesprochenen, in Anfällen verlaufenden, Irreseins angeschuldigt.

Erscheinungen des ersten ärztlich beobachteten Anfalls: Grosse Reizbarkeit und Unfolgsamkeit, unmotivirtes Fortlaufen von der Arbeit, mehrtägiges sich Verstecken ohne Nahrungs-Aufnahme, wachsende, allmälig hochgradige, durch Misshandlung gesteigerte, Aufregung.

Radial-Puls gespannt, klein, Carotiden voll, Kopf warm und geröthet, Augen glänzend, Pupillen weit und reagirend, Haut trocken, Durst gesteigert.

In den späteren Anfällen — ununterbrochener Rededrang mit Witz und Drohungen, Schlaflosigkeit, Schreien und Lärmen bei mehr gestörtem Bewusstsein; grosse Ess- und Trinklust. Auf die 8—12 Tage dauernden Anfälle folgte grosse Abgespanntheit.

Der erste in der Anstalt (1830) beobachtete Anfall zeigte nur leichte Exaltation mit muthwilligem Gebahren — keine Wahnvorstellungen, keine Hallucinationen.

1830—39 wiederholten sich die Anfälle ausserhalb der Anstalt; während derselben — Unlust zur Arbeit, Ausgelassenheit, vagabundirendes Leben. M. beging in seiner motorischen Unruhe eine Reihe toller Streiche, welche er schlau und gewandt zu bemänteln suchte, wurde wegen Diebereien und Lumpereien vor Gericht gestellt und im Arbeitshaus internirt. Die Anfälle waren stets von einem kurzen Stadium der Erschöpfung mit gedrückter Stimmung gefolgt.

1839 führte ein stärkerer Anfall den Patienten zum zweitenmal in die Anstalt. Er war ungemein begehrlich und sehr reizbar, bei jedem Widerspruch heftig aufbrausend; mit grosser Selbstgefälligkeit rühmte er seinen Muth, seine Stärke, seine Thaten, forderte trotzig unter lebhaften Drohungen, seine Entlassung; er beschimpfte und höhnte die Wärter. Auch in den Nächten pflegte er heiter zu singen oder laut zu schimpfen.

Delirien fehlten; der Inhalt der Vorstellungen enthielt nichts Ungereimtes; alle verkehrten Handlungen wurden motivirt (er beschüttete die Wände seines Zimmers mit Wasser, „um den Staub zu entfernen"; er war unruhig und lärmte, „weil man ihm die Entlassung verweigere" etc.). Der Blick war kühn, das Gesicht etwas geröthet, die Temperatur nicht erhöht, der Puls voll, von etwas ungleicher Frequenz.

In der Folge wiederholte sich theils inner-, theils ausserhalb der Anstalt eine ganze Reihe von Anfällen, die vollkommen den gleichen Grund-Typus zeigten, nur in Stärke und Dauer, sowie in der Länge der Intervalle Verschiedenheiten boten. Während der ausserhalb der Anstalt ablaufenden Paroxysmen kam er wegen toller Streiche und Excesse, wegen Diebstählen, Raufereien etc. nicht selten mit den Behörden in Conflikt.

Seit dem Jahre 1862 wurden die Anfälle länger und regelmässiger, ebenso ihnen entsprechend die Intervalle, die ersten betrugen 2—4, zumeist 3 Monate, die letzteren bald 3, bald 4, bald 6 Monate. Das vollkommene typische Krankheitsbild stellte sich in den zahlreichen Paroxysmen folgendermassen dar:

Melancholisches Stadium nicht bestimmt festzustellen, wohl aber prodromale Klagen über lästige Kopfschmerzen und Schwindel-Gefühle. Der Puls wird frequent und gespannt, der Kopf geröthet, die Temperatur leicht erhöht; kalte Extremitäten; etwas weisslich belegte Zunge, verminderte Esslust bei gesteigertem Durst (desshalb regelmässig wiederkehrendes Verlangen nach „Sauermilch"). Klonischer Pupillenkrampf (beständiger Wechsel zwischen Erweiterung und Verengung). Sehr lebhafte Mimik, frecher herausfordernder Blick, gesteigerter Muskel-Tonus.

Als pathognomonisches, erstes auffälliges maniakalisches Zeichen des beginnenden Anfalls jeweils — phantastischer Schmuck des Hutes mit Federn und Blumen.

Dem erhöhten Selbstgefühl entsprechendes selbstbewusstes Auftreten, grosser Drang der Vorstellungen, deren Inhalt

namentlich die eigene, imaginär mächtig gesteigerte, Leistungsfähigkeit rühmte; dreistes Renommiren mit den Heldenthaten seiner Jugend; Aeusserungen der Unzufriedenheit mit Schelten und Drohen; Uebertreibungen jeder Art, Lug und Trug.

Grosse zwecklose Geschäftigkeit, oft mit entschiedener Schlauheit verbundenes Sammeln aller möglichen Gegenstände; vielerlei unmotivirte und verkehrte Handlungen, die aber alle nachträglich gerechtfertigt und redegewandt vertheidigt wurden. Händel und Schlägereien.

Schlaflosigkeit mit nächtlichem Jubeln oder Schelten; Wahnvorstellungen und Hallucinationen fehlen durchaus, dagegen tritt bei allen Anfällen eine Hyperaesthesie im Gebiete des Nervus Olfactorius ein. —

Vollkommen in der gleichen Weise liefen — Zug für Zug — alle folgenden Anfälle bis zum Lebensende des Patienten ab. Sie endeten jeweils rasch und waren von einem grossen Erschöpfungszustand gefolgt. Der Kranke war abgemattet und erschlafft, die belebten Züge wurden ausdruckslos, der Puls langsam. An Stelle der Beredtsamkeit trat grosse Einsilbigkeit. Geduldig und sanft zog sich Patient auf ein stilles Plätzchen zurück, um sich, unbekümmert um die Aussenwelt, der Ruhe zu ergeben. Das Bedürfniss nach Schlaf war mächtig gesteigert, die gesunkene Ernährung hob sich allmälig wieder.

In den Intervallen herrschte eine gleichmässige, indifferente Stimmung, frei von Affekten. Das Vorstellungsleben war verödet, Alles, was noch vor Kurzem die Phantasie des Kranken mächtig erregt hatte, war jetzt dem Bewusstsein entrückt, die Wünsche beschränkten sich auf die Bedürfnisse des alltäglichen Lebens. Gerade in den anfallsfreien Zeiten machte sich in den späteren Jahren der Fortschritt der Störung am meisten geltend, der Zustand der geistigen und körperlichen Erschöpfung wurde allmälig andauernder, um sich schliesslich während des ganzen Intervalls hinzuziehen; die früher nur angedeutete geistige Schwäche war indessen recht augenfällig geworden.

Beobachtung III.

Periodische Manie unter dem ausgesprochenen Bilde der maniakalischen Folie raisonnante, ohne Sinnes-Täuschungen und Wahnvorstellung verlaufend.

Frau Regine W., Kaufmannsfrau, erblich disponirt (ein Bruder an Dementia paralytica, ein zweiter durch Suicidium geendet), geb. 1814, früher gesund, geistig nicht unbegabt, gewandt in weiblichen Arbeiten.

In die Anstalt aufgenommen 1867 — nachdem sie schon lange Zeit an Erscheinungen der Hysterie, namentlich an mancherlei „Krämpfen", während der letzten Jahre an periodischen Anfällen von Seelenstörung gelitten hatte.

Beginn der Störung z. Z. des Eintritts in das Klimakterium; Menses seit dem 49. Jahre unregelmässig und mit Beschwerden verbunden, mit dem 52. Jahre cessirt, um in grösseren Pausen von Monaten, mit „Krämpfen" im Unterleib verbunden, noch einigemal wiederzukehren.

Die Anfälle zu Hause äusserten sich als maniakalische Folie raisonnante mit Drang zum Einkaufen, zum Geld-Vergeuden, zum Schelten, Zanken und Händeln.

Seit dem Aufenthalt in der Anstalt periodische Wiederkehr maniakalischer Anfälle. Melancholisches Vorstadium von etwa 2 Tagen Dauer; gedrückte Stimmung, Scheitelkopfweh, Mattigkeit in den Gliedern, Gefühl von Globus und Zusammenschnüren der Brust, Sensationen im Abdomen, gastrische Störungen, welche auch im Anfalle fortdauern.

Rascher Umschlag in maniakalische Exaltation. Diese bleibt meist 1—2, manchmal aber auch 3—4 Wochen auf bescheidener Stufe, um dann plötzlich auf die volle Höhe anzusteigen.

Form der Störung: rein maniakalische Folie raisonnante ohne Sinnesdelirien und Wahnvorstellungen.

Vollständig geänderter Gesichtsausdruck, belebte Miene, glänzende Augen. Vorwiegend gehobene, selbstbewusste und heitere Stimmung, die aber zeitweise vorübergehend in Depression umschlägt. Rascher Ablauf der Vorstellungen, Reproduktion alter Reminiscenzen, Pläne-Schmieden.

In allen Anfällen kehren die gleichen Vorstellungen wieder, so stets die gleichen Versprechungen, die Umgebung zu beschenken, so auf der Höhe des Anfalls stets die gleichen sexuellen Aeusserungen (weitschweifige Erörterungen über ihre Menstruation, ihre Geburten u. dgl. m.). Singen, Schreien, Schelten, Zerreissen der Kleider, „um damit den Boden zu putzen". Zuweilen feindliches Auftreten gegen die Umgebung mit nachträglicher Verläumdung derselben. Endlich Schmieren mit Nahrungsmitteln und Excrementen. Schlaflosigkeit und Unruhe in der Nacht.

Puls beschleunigt bis 120, klein — namentlich im Beginn des Anfalls, zeitweise unregelmässig. Congestiv-Erscheinungen des Kopfes nicht ausgesprochen. Sinken des Körpergewichts — bei ungenügender Nahrungs-Aufnahme.

Die Höhe des Anfalls verläuft mit Exacerbationen und Remissionen mit steter Wiederkehr der gleichen Frivolitäten, Obscönitäten, Wünsche und Pläne; Gedankendrang mit zeitweiliger Incohärenz, Neigung zu Affekten, grosser Gefühlswechsel.

Rascher Abfall des Anfalls von seiner Höhe. Kurzes melancholisches Nachstadium mit Intercostal-Neuralgieen, Globus-Gefühlen, Schlundkrämpfen, gefolgt von einigen Tagen grosser Mattigkeit, Hinfälligkeit, Schlafsucht.

Dann vollkommene Wiederkehr der früheren natürlichen Persönlichkeit, während die durch den Anfall jeweils gesetzte Anaemie und gesunkene Ernährung rasch wieder ausgeglichen werden.

In den Intervallen ist Patientin vollkommen natürlich, freundlich, gefällig und fleissig, wirkt gut auf die Mitkranken. Leichte und langsam wachsende psychische Schwäche — darin begründet liegt die Ruhe, mit welcher sie den Anstalts-Aufenthalt

erträgt; nie Heimverlangen während des ganzen ruhigen Zustandes, vollkommene Zufriedenheit.

Dauer der Anfälle in den früheren Jahren — meist 40 bis 50, später in der Regel 70—90 Tage, dem entsprechend Dauer der Intervalle in der ersten Periode 40—50, in der zweiten 80—110 Tage. Vielleicht bestand eine gewisse, aber wohl nur sekundäre, Beeinflussung durch einen krankhaften Uterin-Zustand, indem einmal nach einer therapeutischen Behandlung desselben das Intervall sich erheblich verlängerte, später war dies nicht mehr zu erreichen.

Beobachtung IV.

Mania periodica unter der Form der Folie raisonante. Kürzere Anfalls-Dauer; sehr ausgeprägte nervöse Störungen in den Vor- und Nachstadien. Seit einer Reihe von Jahren abortiver Ablauf der Anfälle.

Frau Louise K., geb. 1821, verheirathet 1839, Mutter von 8 Kindern.

Sehr ausgesprochen erblich prädisponirt (Mutter und eine ganze Reihe von Verwandten seelengestört).

Sehr tief deprimirende psychische Einflüsse — völlige Zerrüttung der Vermögensverhältnisse, so dass die Eheleute die betriebene Wirthschaft aufgeben und getrennt im Taglohn ihren Unterhalt suchen mussten. Frühzeitiger, aber nicht genau festzusetzender Beginn, der Seelenstörung.

Diese wurde viele Jahre lang, da sie auf dem Boden eines originär eigenartigen psychischen Lebens entwickelt, sich mehr im Handeln als im Vorstellen äusserte, verkannt und als Verkommenheit und Immoralität angesehen und dem entsprechend gemassregelt.

Frau K. hielt sich bald da, bald dort, nirgends lange auf, sie wurde wegen kleiner Eingriffe in fremdes Eigenthum mehrfach polizeilich bestraft, wegen Vagabundirens öfter auf dem Schub in die Heimath geliefert, im Arbeits- und Pfründnerhaus

internirt und unter polizeiliche Aufsicht gestellt, trotzdem gelang es ihr öfter, die Wächter zu täuschen und zu entweichen. Sie galt als so gewandt in der Kunst, sich zu verstellen, dass man einen Anfall der periodisch wiederkehrenden Aufregung, der sich bis zum Toben und Zerstören steigerte, als eine Aeusserung der „Verstellung“ auffasste, „um dadurch die Entlassung aus dem Pfründnerhause zu erzwingen“.

Seit dem Aufenthalt in der Anstalt (22. Juli 1862) hat die Krankheit Jahre lang den Charakter der in Intervallen auftretenden Tobsucht bewahrt.

Die Anfälle hatten eine mittlere Dauer von 18 Tagen (bald einige Tage mehr, bald einige weniger) und begannen öfter, aber durchaus nicht constant, zur Zeit des Eintritts der, übrigens nicht regelmässigen, Menstruation.

Sie wurden eingeleitet durch eine einfache melancholische Verstimmung und regelmässig durch gastrische und nervöse Störungen, welche einige Tage währten, namentlich belegte Zunge, Appetitlosigkeit, bitteren Geschmack, Wassererbrechen, Cardialgie, gesteigerten Durst, neuralgische Beschwerden im Gebiete des Trigeminus, psychische Hyperästhesie, Schlaflosigkeit.

Der Umschlag der Stimmung manifestirte sich dadurch, dass die genannten somatischen Beschwerden, namentlich die neuralgischen Gefühle, in exaltirter Weise vorgebracht wurden. Die Erregung wuchs rasch zu ihrer Höhe, welche sich — gleichzeitig mit lebhafter Kopf-Congestion und beschleunigter Gefässthätigkeit — durch grossen Rededrang, lautes Schreien und Singen, Trieb zum Bewegen und Sammeln, gereizte Stimmung, Unzufriedenheit und Begehrlichkeit kennzeichnete. Die Kranke war dann der böse Dämon der Abtheilung, der in beständigem Unfrieden mit der Wärterin lebte, sie grundlos verklagte, die Mitkranken aufstiftete und dann wieder verdächtigte.

Alles, was in den freien Zeiten in das Bewusstsein aufgenommen worden war, wurde in einem der Anstalt feindlichen Sinne reproducirt. Das Verkehrte im Handeln wurde mit Redegewandtheit und Scharfsinn beschönigt (sie war unruhig, „weil

sie Krämpfe gehabt", Nachts laut, „weil Andere sie gestört", habe gescholten, „weil sie schlecht behandelt worden sei").

Sinnes-Delirien kamen nie zur Beobachtung. Lebhafte Mimik, Gestikulationen, heftige Bewegungen, dreiste Miene.

Ganz in gleicher Weise liefen alle Anfälle nach dem Charakter der Folie raisonnante ab. Sie fielen ziemlich rasch von ihrer Höhe ab, und gingen durch ein ganz kurzes, aber tiefes melancholisches Stadium (bis zum Taedium vitae gesteigert) in das freie Intervall über, das 6—8 Wochen zu dauern pflegte.

Seit 1865 begannen die Anfälle seltener und namentlich kürzer und weniger intensiv aufzutreten — wie es schien, in Folge des Gebrauchs von subcutanen Morphium-Injectionen und namentlich von verlängerten Bädern mit Eis-Umschlägen auf den Kopf, sobald sich die Prodromal-Erscheinungen einstellten. Der Grund-Charakter der Störung blieb zwar der gleiche — Exaltation mit Reizbarkeit etc., aber die Anfälle sanken bald zu Rudera ihrer Vorgänger herab. Während sich in den letzten Jahren nur selten noch leichte Exaltations-Zustände einstellten, traten statt der Paroxysmen meist nur noch die Erscheinungen der früheren Einleitungs-Stadien ein — Kopf-Congestionen mit subjektivem Wärme-Gefühl, allgemeine Hyperästhesieen mit Bangigkeit und Schlaflosigkeit, beschleunigte Herzthätigkeit, Kopfweh, Ohrensausen, Neuralgieen im Gebiete des Trigeminus, vor Allem Cardialgie und gastrische Störungen — die meist bald wieder zurücktreten.

In den anfallsfreien Zeiten besteht Krankheits-Einsicht und ruhiges, geordnetes Verhalten, aber doch keine makellose psychische Gesundheit, vielmehr ein leichter intellektueller Defekt, eine gesteigerte Reizbarkeit und Reizempfänglichkeit, und ein willenloses, unbeherrschtes Hingeben an schmerzliche Eindrücke und Erinnerungen.

Der vorhandenen chronischen Leukorrhoe in Verbindung mit Descensus uteri dürfte wohl eine nur accessorische Bedeutung in Bezug auf die Anfälle zuerkannt werden.

B. Die periodische Melancholie.

Die periodische Melancholie mit langen Anfalls-Gruppen reiht sich an die periodische Manie an, indem sie im Ganzen nach dem gleichen Schema abläuft, während sie inhaltlich natürlich das entgegengesetzte Krankenbild zeigt. Sie charakterisirt sich somit durch das Auftreten von mehrere Wochen bis Monate dauernden Anfällen von Melancholie mit meist nur mässiger Störung des Bewusstseins, welche in proportionirter Weise von Zeiten relativen Wohlseins unterbrochen werden.

Die periodische Melancholie ist entschieden die seltenste der drei in diesem Abschnitte zu besprechenden Formen, kommt aber, wenn auch häufig verkannt, wie zuverlässige Beobachtungen bezeugen, thatsächlich vor. Ohne Zweifel entgeht auch eine grössere Anzahl dieser Fälle — sofern sie mit gelinden Symptomen verlaufen — vollkommen der Anstalts-Beobachtung. Die spärlichen in der Literatur enthaltenen Fälle, die zum Theil der Kritik nicht gewachsen sind, sowie die wenigen eigenen Beobachtungen gestatten uns nicht, ein eingehendes Krankheitsbild zu entwerfen, sondern nur eine Skizze aufzustellen, welche wohl der Erweiterung fähig, nur die Grundzüge dieser Form darstellen soll.

Aetiologisch spielt die erbliche Anlage hier wieder eine entschiedene Rolle und zwar — soweit unsere kleinen Zahlen massgebend sein sollen — ungefähr im gleichen Grad, wie bei der periodischen Manie. Etwa die Hälfte unserer Fälle begann z. Z. der Pubertäts-Entwicklung oder bald nach derselben sich zu entwickeln. Andere ursächliche, das Gehirn treffende, Momente (Excesse, schädigende psychische Einflüsse) schienen auch mitzuwirken.

Aehnlich wie die melancholischen Stadien der Manie treffen wir bei der Melancholie häufig ein leichtes maniakalisches Einleitungs- und namentlich ein Abschliessungs-Stadium, das im zeitlichen Verhältniss zur Dauer des Anfalls stehend, einige bis 14 Tage betragen kann. Es äussert sich in gehobener, heiterer Stimmung und Thatenlust, als Gefühl der Frische und des vollkommenen geistigen und leiblichen Wohlbefindens.

Der Umschlag in Depression vollzieht sich rasch. Mit deren Eintritt stellen sich alsbald andere organische Störungen, namentlich solche im Bereiche des Sympathikus, ein. Der Puls wird meist klein, die Herzthätigkeit oft verlangsamt, das Gesicht und die Conjunctivae häufiger blass als geröthet. In manchen Fällen hat sich schon im Einleitungs-Stadium eine allgemeine Anämie eingestellt; es darf vielleicht in diesen Fällen die gleichzeitig gesetzte Hirn-Anämie als die letzte (anatomische) Ursache für den Eintritt des melancholischen Anfalls angesprochen werden. Die Esslust vermindert sich bei gesteigertem Durst, die Körper-Ernährung sinkt, der Stuhl ist angehalten, die Menses cessiren oft. In den ruhigen Formen werden die Extremitäten kühl und cyanotisch. Mitunter kommt es zu vagem Kopfschmerz und Ohrensausen, zu Neuralgieen der Intercostal- und Trigeminus-Bahnen.

Der Schlaf wird oft sehr reduzirt.

Die gleichzeitig mit diesen Erscheinungen auftretende schmerzliche Verstimmung pflegt rasch zu ihrer Höhe anzuwachsen, um auf dieser längere Zeit zu verlaufen.

Die periodische Melancholie kann inhaltlich verschiedene Krankheitsbilder zeigen, doch pflegen auch hier die Formen mit weniger tief gestörtem Bewusstsein zu überwiegen. In erster Linie begegnen wir der Melancholia sine delirio, der reinen Form schmerzlichen Fühlens mit verlangsamtem, aber nicht wahnhaft verfälschtem Vorstellungsgang, mit Energie- und Willenlosigkeit, oft mit dem bewussten Gefühl der Unfähigkeit, klar zu denken und entschieden zu handeln.

Zuweilen nimmt der Inhalt des Bewusstseins eine hypochondrische Richtung an. Der tief empfundene Seelenschmerz kann bis zum Taedium vitae ansteigen. Wenn auch in manchen Fällen sich krankhafte Perceptionen der melancholischen Verstimmung zugesellen, so scheint dagegen bei der periodischen Melancholie das Bewusstsein von Wahnvorstellungen und Sinnes-Täuschungen nur selten vollkommen beherrscht zu werden.

Einen Fall sahen wir unter der Form der Melancholia

agitata ablaufen mit Gefäss-Erregung und Kopf-Congestionen, sowie mit tiefen Verdauungs-Störungen; es bestund grosse angstvolle Erregung, ungestüme Unruhe, beständiges Jammern, hartnäckige Nahrungsverweigerung. Einen ähnlichen Fall hat Morel (Maladies mentales p. 477) verzeichnet (Grosse Angst, Nahrungs-Verweigerung, Unruhe etc.).

Spielmann rechnet auch einen Theil der periodischen Säufer zu den periodischen Melancholischen, welche sich sonst der Alkoholica enthaltend, mit dem Eintritt der schmerzlichen Verstimmung (um diese zu betäuben?) sich der unwiderstehlichen Begierde zu geistigen Getränken rücksichtslos hingeben. Jedenfalls möchte nur diejenige Form der periodischen Trunksucht für uns hier in Betracht kommen, bei welcher die Erscheinungen der Depression durch die ganze Zeit des Anfalls andauern, und sich dann von Zeit zu Zeit zu heftigen Angstzufällen steigern, mit feinldicher Richtung gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung.

Wie er rasch begonnen, so pflegt auch der Anfall meist rasch abzuschliessen, in der Regel gefolgt von einem Nachstadium leichter Exaltation — die in schroffem Contrast zu der vorangegangenen Depression steht.

Charakteristisch ist auch für diese Form, dass die Anfälle entweder in annähernd gleichen, oder sich nach bestimmten Regeln allmälich verlängernden oder verkürzenden Zeiträumen auftreten, dass Dieselben eine gleiche oder zur Länge ihrer Intervalle in bestimmter Proportion stehende Dauer zeigen, dass sie rasch anheben und enden und inhaltlich in gleicher Weise ablaufen, dass endlich auch die Intervalle nicht absolut freie genannt werden können.

Zur Veranschaulichung der häufigsten, aber wohl mehr ausser- als innerhalb der Anstalten zu beobachtenden Form der periodischen Melancholie, als einfache uncomplicirte Gemüths-Depression lassen wir einen der Literatur* entnommenen Fall in kurzer Skizze folgen:

* Neftel in New-York über „periodische Melancholie“, Centralblatt für med. Wissenschaften Nr. 22, p. 339, u. Zeitsch. für Psychiatrie B. 33, p. 91.

„Patient z. Z. der Veröffentlichung 48 Jahre alt, intelligenter Kaufmann, direkt erblich belastet (Mutter litt an Melancholie, alle 3 noch lebenden Geschwister zeigen Anflüge von Gemüths-Depression).

H. erlitt in seinem 24. Lebensjahre den ersten schweren Anfall von Melancholie — von 2 Monaten Dauer. Die folgenden Jahre — nur leichtere Anfälle. Im 34. Jahre sehr intensiver Anfall. Seitdem kehren die Paroxysmen alljährlich wieder, 4—11 Monate dauernd, von Intervallen von 4—5 Monaten unterbrochen.

Die Anfälle kommen und gehen ohne jeden äussern Anlass, ganz plötzlich „als ob ein Band gelöst werde". Es tritt Schlaffheit, Apathie, Unentschlossenheit und absolute Unthätigkeit ein. Dieser Zustand steigt in wenigen Tagen zu der schmerzhaftesten psychischen Depression an, ohne dass das Bewusstsein der Grundlosigkeit der Verstimmung aufgehoben wäre; zugleich Beängstigungen und das Gefühl der Unfähigkeit klar zu denken. Der Anfall verläuft nun auf der hiemit erreichten Höhe, es bleibt bei der einfachen Verstimmung und kommt nicht zur Bildung von Wahnvorstellungen.

Körperlicherseits leitet ausgesprochene Anämie den Anfall ein, nun zunehmende Appetitlosigkeit mit Obstipation, Schlaflosigkeit, Abmagerung mit rascher Abnahme des Körpergewichts (von 132 auf 117 Pf.); auf der Höhe des Anfalls Hautjucken, Gänsehaut, Bildung von Furunkeln.

Rascher Abschluss mit einer schlaflosen Nacht, auf welche — in schroffem Contrast — das Gefühl der Frische, des leiblichen und geistigen Wohlbefindens folgt (maniakalisches Nachstadium). — Rasches Verschwinden der Anämie und Ausgleichung der Ernährungsstörung."

(Verfasser führt die mit dem Anfall eintretende hochgradige Anaemie verbunden mit Frösteln, Erröthen und Erblassen der Haut, Kälte der Extremitäten, Verminderung der Ausscheidungen auf einen central bedingten vasomotorischen

Krampf zurück und wandte desshalb den constanten Strom — nicht ohne Erfolg — an).

Beobachtung V.

Periodische Melancholie; die sich allmälig verlängernden Anfälle verlaufen unter dem Bild der Melancholia agitata mit hochgradiger angstvoller Unruhe; Nachstadium der Exaltation.

Maria A., geb. 1834, ledige Bauerntochter, etwas beschränkten Geistes, schüchtern, von einer geisteskranken Mutter abstammend. Weil vom Vater nicht anerkannt, getrennt von den wohlhabenden Eltern aufgewachsen. —

Im 14. Lebensjahre (1848) — erster Anfall von Melancholia agitata angeblich 4 Wochen dauernd — Angst, Verzweiflung, Selbstvorwürfe, Jammern („Alles sei hin, Alles werde verhungern"), dabei grosse Hast und Unruhe.

Ein halbes Jahr nach dem Anfall — erstes Auftreten der Menses.

Im 17. Jahre (1851) — zweiter Anfall — 3 Monate lang. Anstalts-Beobachtung: Geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctivae, bewegliche Pupillen, gespannte Züge. Puls ruhig und klein, Hände kühl, Esslust sehr gering, Durst gesteigert, Zunge belegt, Stuhl angehalten, Menses cessirend, Schlaf gering. Zunächst Scheu vor der Tageshelle, Aufsuchen dunkler Orte, sich Abschliessen von der Umgebung; dann angstvolle Unruhe mit zweckloser Geschäftigkeit, anhaltendes Stöhnen und Jammern, vollständige Unzugänglichkeit, Widerstreben, Fortdrängen. Nach einiger Zeit — Nachlass, mässiger Grad von Aengstlichkeit, grosse Einsilbigkeit. Zuweilen Gesichtsverzerrungen, eigenthümliche Bewegung der Hände, Kopfschmerz und Ohrensausen. Endlich — freie Stimmung, Wiederkehr der Menses, befriedigendes Befinden.

1855 — Anfall von 5 Monaten. Vorausgehende apathische

Melancholie mit stillem unzugänglichem zu Bette Liegen. Dann wieder grosse angstvolle Aufregung. Sie drängt ungestüm fort, entkleidet sich, jammert beständig in bestimmtem Rhythmus (o Jesus!) mit rascher Inspiration und krampfhafter Contraktur der Stirne und der Nasenflügel. Sie muss — wegen hartnäckiger Nahrungsverweigerung — gefüttert werden. Abmagerung, Cyanose, Stirnkopfschmerz, Druck im Epigastrium. Gehörs-Hallucinationen (Scheltworte von der Umgebung). — Nach längerer Anfallshöhe Eintritt der Remission, gefolgt von einem Stadium gesteigerter Arbeitslust, mit welchem der Paroxysmus abschliesst.

In der Folge wiederholten sich mit verschieden langen, zumeist 2 Jahre betragenden, Intervallen eine grössere Zahl von Anfällen von Melancholia agitata bis heute, welche im Wesentlichen das gleiche Krankheitsbild zeigten.

Stets Cyanose des Gesichts, Injektion der Conjunctivae, Kälte der Extremitäten, Kopfweh, Intercostal-Schmerz, Druck in der Magengegend, Nahrungs-Verweigerung, hochgradige angstvolle Unruhe, Gehörs-Hallucinationen, continuirliches Jammern, absolute Unzugänglichkeit. Uebergang durch einen Zeitraum eines enorm hastigen Arbeitens (postmelancholisches Exaltations-Stadium) in die freie Zeit. Anfallsdauer — 5 Monate und mehr.

In den Intervallen — geordnetes Benehmen, aber mässige psychische Schwäche mit allmälich steigender Reizbarkeit.

C. Die cyklische Psychose.

Die cyklische Psychose mit langen Anfällen, Folie circulaire (Falret), Folie à double forme (Baillarger), Melancholie mit Manie (Tigges) wird charakterisirt durch die periodische Wiederkehr von Anfällen mit meist nur mässig tief gestörtem Bewusstsein, welche keine einheitliche Grundstörung darbieten, in welchen vielmehr Zustände von Melancholie und Manie oder umgekehrt von annähernd gleicher Dauer regelmässig auf einander folgen; zwischen den Anfällen bestehen relativ freie Zeiten.

Diese Psychose reiht sich — durch ausgesprochene Uebergangsformen vermittelt, welche die nahe Verwandtschaft beider bekunden — direkt an die periodische Manie an, indem deren eines, das maniakalische Stadium, ganz der letzteren gleicht, während das melancholische Stadium auch in jener wenigstens angedeutet zu sein pflegt. Gemeinsam ist beiden die überwiegende erbliche Belastung (schon Falret* hat die eminente Heredität betont, neuerdings auch Dittmar**, der in 10 Fällen — 7 mal erbliche Psychose, 1 mal Imbecillität in der Ascendenz nachwies), der Beginn in früher Lebensperiode, die mehr- oder vielmonatliche Dauer der Störung, sowie das Prädominiren der nur formalen Störung des Bewusstseins-Inhalts. Dagegen tritt — nach unseren Beobachtungen — die periodische Manie häufiger bei Männern, als Frauen auf, die cyklische Störung ziemlich gleich bei beiden Geschlechtern; bei den Fällen von Falret und L. Meyer überwogen die Frauen, bei jenen von Dittmar die Männer.

Die Anfälle pflegen in der Regel eine Reihe von Monaten zu dauern. Die aufeinanderfolgenden Zustände von Manie und Melancholie gehören zusammen, sie bilden nur zwei Perioden eines Anfalls, die in direktem Verhältnisse zu einander stehen, deren Dauer und Intensität entweder annähernd gleich ist, oder wenigstens in einem gewissen proportionellen Verhältniss steht, der Art, dass mit Zu- oder Abnahme des einen, auch das andere Stadium zu- oder abzunehmen pflegt. Die aufeinander folgenden Stadien sind zumeist nur von einer kurzen Zwischenzeit unterbrochen, welche sich allerdings bei langer Anfallsdauer zuweilen erheblich verlängert, aber auch während dieser ist die Freiheit nur eine relative, indem sich fast immer die Elemente der abklingenden Manie resp. Melancholie in derselben nachweisen lassen. In der Regel folgt dann auf den abgeschlossenen Anfall ein längeres, meist Monate betragendes, sogenanntes lucides Intervall, in welchem sich — so lange wenigstens die Erkrankung

---

* Bulletins de l'académie de médecine 1854; Maladies mentales 1864 p. 456.

** Ueber regulatorische und über cyklische Geistesstörungen. Bonn 1877.

noch jüngeren Datums ist — die andauernden pathologischen Zustände mitunter schwer genau feststellen lassen; weit seltener sind die Fälle, in welchen auch dieses Intervall nur sehr kurz ist, der Art, dass nach dem abgelaufenen bald ein neuer Anfall in Scene tritt.

Während die früheren Beobachter, wie Baillarger* und Falret, die maniakalische als die erste, die melancholische als die zweite Periode des Anfalls betrachteten, ist L. Meyer,** auf Grund eigener Beobachtungen, zu dem gegentheiligen Schluss gekommen, „der Anfall beginne jeweils mit einem melancholischen Stadium, auf welches als zweites erst das maniakalische Stadium folge.“ Unsere Beobachtungen stimmen theils mit der ersten, theils mit der zweiten Anschauung, indem wir sowohl Fälle mit der bestimmten Formel „Manie-Melancholie“, als solche mit dem Schema „Melancholie-Manie“ verzeichnet haben. Ein bestimmtes Ueberwiegen der einen oder andern Verlaufs-Art können wir nicht constatiren, müssen vielmehr betonen, dass in dem Verhältnisse der Stadien zu einander, sowie zu den Pausen und deren Länge in den einzelnen Fällen grosse Mannigfaltigkeit besteht. Dagegen können wir L. Meyer's These nach eigenen Erfahrungen vollkommen beipflichten, dass die circuläre Störung häufig nicht von Anfang an in ihrer charakteristischen Form auftritt, dass manchmal kürzere, manchmal längere Zeit melancholische, seltener maniakalische Zustände vorausgehen. Dieser initialen Melancholie fehlt es (nach Meyer) nicht an übereinstimmenden Zügen mit den späteren Anfällen, ohne dass dieselben aber charakteristisch genug wären, um jene vorauszusehen, wie — grosse Appetitlosigkeit, rascher und auffälliger Verfall der Körperfülle und Kräfte, sorgenvoller Ausdruck des mit Runzeln bedeckten Gesichts. Auch sollen schon frühzeitig kurzdauernde Zustände maniakalischer Erregung auftreten — mit Lebhaftigkeit, Gestikulationen, Lachen, lautem Sprechen — in auffallendem Contrast zu den starren tief gefurchten Gesichtszügen. —

* Annales médico-psychologiques. 1854.

** Archiv für Psychiatrie, Band IV. p. 139.

Der Anfall der cyklischen Störung gestaltet sich — wenn er mit dem maniakalischen Stadium beginnt — im Wesentlichen folgendermassen: Charakteristischer Weise kommen die ersten Symptome meist rasch und unvorbereitet zum Ausbruch. Vielleicht nach kurzen neuralgischen Prodromen stellt sich — gleichzeitig mit grösserer Blutfülle des Kopfes und ansteigender, mitunter unregelmässiger Thätigkeit des Pulses — eine vollkommene Aenderung des ganzen Aussehens ein, namentlich lebhafter Turgor vitalis, belebte Miene, ausdrucksvolle Züge. Ess- und Trinklust sind gesteigert, die Verdauung gefördert, das Schlafbedürfniss vermindert.

Zugleich wird die Stimmung heiter, das Selbstgefühl gehoben, oft kommt es zu einer Selbstüberschätzung, welche in herrischem Wesen ihren Ausdruck findet. Das gesteigerte Vorstellungsleben zeigt einen reichen und wechselvollen Bewusstseins-Inhalt mit Erwachen des schlummernden Gedächtnisses; in Folge dessen scheint der Umfang der geistigen Leistungsfähigkeit ein grösserer geworden zu sein; die Unterhaltung wird belebt und vielseitig, zugleich oft durch Vorträge von Gedichten, Musik-Stücken u. dgl. gewürzt. Es stellt sich grössere Thatenlust ein, oft zwecklose Geschäftigkeit, grosser Drang zum Lachen und Scherzen, Neigung zum Witzeln, zu Ironie, zum Verleumden, zum Beschönigen verkehrter Handlungen. Wir treffen also auch hier wieder das Bild der Folie raisonnante.

Mitunter tritt die Reizbarkeit mehr in den Vordergrund, die Grundstimmung ist dann bitter, feindlich und unbefriedigt. Das eigene gehobene Bewusstsein findet nur Contraste in der Aussenwelt, die in beredter Weise bekämpft werden; es kommt dann auch zu lebhaftem Schmähen und zu Zorn-Ausbrüchen.

Gerade wie bei der Mania periodica stellt sich auch hier — bei einer Anzahl von Fällen — auf der Anfallshöhe eine schwerere Bewusstseins-Störung ein mit Zeichen von direktem Hirn-Reiz, warmem Kopf und mehr beschleunigter Gefässthätigkeit, bei welcher Hallucinationen des Gesichts und Gehörs auftreten, Wahnvorstellungen vor dem Bewusstsein vorüberziehen,

die maniakalische Erregung eine höhere Stufe erreicht. Nach einiger Zeit fällt diese grössere Exaltation wieder ab, kann aber auch innerhalb des gleichen Anfalls mehrmals vorübergehend zu der geschilderten Höhe ansteigen und wieder abfallen; dann folgt wieder ein Stadium mit vorwiegend formaler Störung und in diesen complicirteren ebenso wie in den einfach verlaufenden Fällen — ein ziemlich rasches, wenig vermitteltes Aufhören der Manie.

Noch haben wir der interessanten Beobachtung L. Meyer's zu erwähnen, dass im maniakalischen Stadium der cyklischen Störung nicht allein die Patienten blühend aussehen, jünger erscheinen, eine weiche Haut mit Schwund der im melancholischen Stadium vorhandenen Runzeln und Falten zeigen — Erscheinungen, die vorwiegend auf eine verschiedene Innervation zurückzuführen sein dürften — sondern dass auch, während bei der gewöhnlichen Manie die Ernährung zu sinken pflegt, hier eine entschiedene Zunahme der Fülle und des Gewichts des Körpers eintritt, welche nicht allein wägbar ist, sondern selbst in manchen Fällen eine beträchtliche Höhe erreicht (35—54 Pfd. in dreimonatlichen Anfällen!) die erst mit der beginnenden Ruhe wieder langsam abnimmt. Meyer ist geneigt, hierauf basirend, die maniakalischen Anfälle der cirkulären Geistesstörung als Trophoneurose, welche den gesammten Organismus betrifft, aufzufassen, während Huppert* dieser Anschauung gegenüber darauf aufmerksam macht, dass nach den neueren Anschauungen der Ernährungs-Physiologie, ebenso wenig wie das subjective Wohlbefinden, die Körperfülle einen sicheren Massstab für den Stand der Ernährung bilde — diese werde allein sicher ermittelt durch direkte Untersuchung der Zufuhr der Nahrungsmittel und der Abgänge. Dittmar** hat Zu- und Abnahme des Körpergewichts, sowohl im melancholischen als im maniakalischen Stadium, beobachtet, kann somit Meyer's Auffassung nicht beistimmen; er führt vielmehr den gesunkenen Ernährungs-Zustand auf die mit

* Schmidt's Jahrbücher 1877, Nr. 3.
** Opus citatum.

Schwäche und Trägheit der Verdauung verbundene geringe Nahrungs-Aufnahme, auf Mangel an Schlaf und hochgradige motorische Unruhe zurück — Erscheinungen, die auch im maniakalischen Stadium auftreten können — während unter Umständen, wenn es gelingt — namentlich bei apathischer Melancholie — genügende Nahrung zuzuführen, diese assimilirt wird und der Schlaf genügt, auch bei der Melancholie Gewichts-Zunahme constatirt wird.

Kehren wir zur Schilderung des Anfalls zurück! An die Manie reiht sich die Melancholie, von einem häufig nur kurzen Spatium relativ freier Zeit unterbrochen, welche aber meist noch Elemente der abklingenden Störung enthält. Der Eintritt der Melancholie kann prompt erfolgen (Meyer) und dieselbe rasch zu ihrer Höhe ansteigen, in andern Fällen aber entwickelt sich die Depression entschieden nur langsam und allmälig. Oft besteht tiefes Krankheits-Gefühl bis zu ausgesprochener hypochondrischer Verstimmung.

Die Melancholie kann apathisch verlaufen mit stillem unzugänglichem Wesen, indem sich die Kranken scheu von ihrer Umgebung zurückziehen, kein Wort sprechen, zu keiner Thätigkeit zu veranlassen sind, die Nahrung verweigern, in Folge dessen abmagern, oft Wochen, selbst Monate fast bewegungslos zu Bette liegen. Oder die Melancholie verläuft unter der Form der Angst, oft im Praekordium lokalisirt, diese bleibt bald objektlos, bald führt sie zu Erklärungs-Versuchen. Im lezteren Falle erscheinen dann Selbstvorwürfe über die Vergangenheit oder bange Furcht vor der Zukunft. Endlich kommt es auch zu der agitirten Form der Melancholie; eine Fülle schmerzlicher Reproduktionen wird dann gebildet und unter Weinen und Klagen nach Aussen projicirt. Das Wehegefühl steigt nicht selten bis zum Taedium vitae („sie wollen sterben".) Mehrere unserer Kranken haben wirklich Hand an sich gelegt und dies zum Theil in mehreren Anfällen.

Charakteristisch ist auch wieder in diesen melancholischen Anfällen die zumeist nur mässig tiefe Störung des Be-

wusstseins und das jedenfalls nicht häufige Auftreten von Sinnes-Delirien und Wahnvorstellungen.

Wichtige somatische Erscheinungen pflegen auch bei diesen Paroxysmen nicht zu fehlen. Wir treffen in erster Linie sensitive Störungen — Brennen, Druck und Schmerz im Epigastrium, Intercostal-Quintus-Mamma- u. a. Neuralgieen, Cephalalgieen, Gliederschmerzen. Die Cirkulation ist (mit Ausnahme der agitirten Form) meist verlangsamt — mit kalten, blauen Extremitäten; der Arterien-Tonus herabgesetzt, die Herztöne oft schwach, die Athmung oberflächlich, die Haut trocken, die Pupillen sind mitunter erweitert. Es besteht oft allgemeine Mattigkeit und Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit und belegte Zunge, wohl auch Erbrechen und Durchfälle, Foetor ex ore — Erscheinungen, welche im maniakalischen Stadium fehlen. Die Depression hält sich in jedem Krankheitsfall eine entsprechende Zeit auf ihrer Höhe, um dann wieder rasch abzufallen — und in die anfallsfreie Zeit überzugehen.

Die unter der Formel-Melancholie-Manie verlaufenden Psychosen bieten — mutatis mutandis — das gleiche Krankheitsbild. Die initiale Melancholie pflegt rasch einzutreten und zu ihrer Höhe anzusteigen, während in dem kurzen, der Depression folgenden Intervalle in Folge melancholischer Residuen die geistige Reaktion abgeschwächt ist, die Kranken sich mehr träge und stumpf, träumerisch und unentschlossen benehmen.

Die anfallsfreien Zwischenzeiten verhalten sich genau so, wie oben im Allgemeinen erörtert wurde, meist sind sie, der Länge der Anfälle mehr oder weniger entsprechend, von mehrmonatlicher Dauer; immerhin kommen aber auch Fälle zur Beobachtung, in welchen sich diese relativ freie Zeit, auf wenige Tage beschränkend, alsbald von einem neuen Ausbruch des Anfalls gefolgt wird.

Nach diesem Schema wiederholen sich die geschilderten Anfälle während geraumer Zeit stets in der gleichen Folge. Die einzelnen Anfalls-Stadien kehren immer von Neuem in der alten Weise wieder; wir beobachten beim gleichen Individuum stets wieder die früheren melancholischen, sowie mania-

kalischen Symptome, die früheren Gefühle, Vorstellungen und Entäusserungen, die analogen somatischen Erscheinungen. Nur zeigen sich zuweilen Schwankungen in Dauer und Intensität der Erscheinungen.

In den beiden Krankheits-Phasen spielt sich ein Doppelleben ab; zwei vollkommen verschiedene Persönlichkeiten lösen sich beständig ab, von denen jede ihr charakteristisches geistiges Sein im gleichnamigen Stadium von Neuem aufnimmt und fortsetzt. Den gleichen diametralen Gegensatz zeigen die organischen wie die psychischen Funktionen — dort schneller, hier langsamer Puls, hier Turgor, dort Palor, hier körperliches Wohlgefühl, dort peinliche somatische Sensationen, hier belebte Miene, dort angstvoll gespannte Züge, endlich gehobene Stimmung mit Thatendrang — gegenüber dem erniedrigten Selbstgefühl und der vorwiegenden Passivität. „Zwei Seelen schlummern hier (nach des Dichters Wort) in einer Brust.“

Eine bestimmte Erklärung dieses Wechsels dürfte schwer zu geben sein, jedenfalls kann man nicht unbedingt Dittmar (ohne übrigens dessen sehr interessanten Erklärungsversuche zu unterschätzen) beipflichten, der der Folie circulaire die Bedeutung einer Krankheit sui generis vollkommen abspricht, vielmehr in dieser Form einfach sich in infinitum wiederholende Reaktions-Vorgänge erblickt. Es ist zwar seit Guislain's geistvollen Erörterungen* eine verbreitete Ansicht, die Vieles für sich hat, die leichten auf Manie folgenden Depressions- und die analogen auf Melancholie folgenden Exaltations-Zustände als Folgen der psychischen Reaktion aufzufassen; zunächst ist es aber keineswegs festgestellt, dass alle Psychosen nothwendig durch entsprechende Reaktions-Vorgänge zur Genesung übergehen; aber auch Dieses zugegeben, dürfte es kaum genügend zu erklären sein, warum die bei anderen Psychosen im Verhältniss zu Stärke und Dauer der Erkrankung meist geringgradige Reaktion in in diesen in Frage stehenden Fällen vollkommen die gleiche Höhe wie die Krankheit selbst erreicht, um dann immer wieder von gleichgradiger Reaktion abgelöst zu werden.

* „Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten“, übersetzt von Lähr.

Endlich scheint es auch schwer verständlich, dass bei den Fällen mit vielmonatlichen anfallsfreien Zeiten die Reaktion sich erst nach so langer Pause einstellen soll.

Wir müssen, mit den früheren Autoren übereinstimmend, die cirkuläre Störung als besondere Form der periodischen Psychose festhalten, der ganz bestimmte Charaktere innewohnen. Besteht auch in Bezug auf Dauer und Intensität der Anfälle keine vollkommene Gleichheit, und wird dieses Verhalten auch zuweilen durch äussere Einwirkungen beeinflusst, so ist eben doch der Grund-Charakter der Anfälle, ihr Verlauf und ihr ganzes Symptomen-Bild beim gleichen Individuum ein analoges; in manchen Fällen waren wir sogar in der Lage, Jahre lang einen vollkommenen gesetzmässigen Ablauf zu beobachten.

Beobachtung VI.

Cyklische Psychose. Je halbjährige Perioden von Melancholie und Manie von gleicher Höhe; ganz kurze Intervalle.

Ursula Gl., Taglöhners Wittwe. Direkte Heredität von Seiten des Vaters. Geboren 1810; geheirathet 1837; 6mal niedergekommen (einmal Drillinge, einmal Zwillinge, nur das letzte Kind blieb am Leben).

Verständige, aber von jeher leichtsinnige und gefallsüchtige Person. Früher gesund, regelmässig menstruirt.

1850 — Melancholie (Depression, heftige, ihr selbst unerklärliche Angst und Ruhelosigkeit bei Tag und Nacht, Unfähigkeit zu beten, Taedium vitae), welche sich unter der Last ungünstiger Verhältnisse nicht löste; vielmehr blieb eine grosse Reizbarkeit, ein mürrisches unwirsches Wesen zurück, das sie in vielfache Zerwürfnisse mit der Umgebung brachte; hiezu kam in der Folge der Verlust religiöser, sittlicher und rechtlicher Anschauungen, so dass im weiteren Verlauf der Zustand dem der melancholischen Moral insanity sich nahe verwandt zeigte.

Seitdem jedes Jahr — von Weihnachten bis Frühjahr — ein Anfall von Melancholie (mit Brennen und Druck auf dem Epigastrium, Cephalalgie etc.). In den Zwischenzeiten grosse Reizbarkeit und Erregbarkeit, Händelsucht, mitunter Ruhelosigkeit.

Im Laufe der folgenden Jahre bildete sich allmälig ein Zustand wahrer Folie circulaire bei der Kranken heraus, deren melancholische Stadien sich durch gedrückte Stimmung, Ruhelosigkeit, Angstgefühle, in sich gekehrtes Wesen äusserten und von Zuständen heiterer Exaltation mit grosser Bewegungslust, Zügellosigkeit in Reden, Handlungen und Bestrebungen, grossem Gedankendrange mit stets gleichem Inhalte, abgelöst wurden.

1856 — Aufnahme in die Anstalt. Mit Ausnahme von alten Veränderungen im Genital-Apparat (Prolapsus vaginae, Ulcus oris uteri, Fluor albus) keine Abweichungen der Körperorgane constatirt.

Bild der Anfälle:

Beginn mit dem Stadium melancholicum (weil aus Melancholie entwickelt). Rasch sich einstellendes, gedrücktes Wesen, schene Zurückgezogenheit, Verschlossenheit, grosse schmerzliche Reizbarkeit. Bald heftige Angstgefühle, meist im Epigastrium lokalisirt.

Die anfangs objektlos auftretende ängstliche Verstimmung wurde bald in den Vorstellungen, „dass sie nicht christlich gelebt habe, zu habsüchtig gewesen sei, desshalb nicht in den Himmel kommen könne“, objektivirt. Sie klagte dann, „dass sie nicht beten könne, keinen Trost im Gebete finde, verdammt sein müsse“, und trug sich vorübergehend mit Selbstmordgedanken. Ein gewisser Vorstellungsdrang, bestehend in einer Fülle schmerzlicher Reproduktionen, stellte sich zeitweise ein, sowie auch eine feindliche Auffassung der Umgebung. Zumeist aber war sie still und gedrückt, düster vor sich hinschauend, oder mit mechanischer Arbeit beschäftigt, ganz in ihre schmerzlichen Vorstellungen versunken.

Das melancholische Stadium war regelmässig begleitet von

Zuständen allgemein gestörten Nervenlebens, welche im maniakalischen Stadium fehlten; eine Reihe von Neuralgieen (Schmerz im Epigastrium, Quintus-Intercostal-Neuralgieen, stechende Schmerzen in den Brüsten), allgemeine Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Frostgefühle etc. steigerten die schmerzliche Gemüthsstimmung zu grösserer Höhe. Andere Erscheinungen — mit Ausnahme der zur Zeit der Melancholie profusen Menses — fehlten.

Nach dem Abklingen der Depression kam es zu keiner längeren freien Zwischenzeit, vielmehr begann alsbald das maniakalische Stadium sich zu entwickeln. Es kündigte sich regelmässid an durch zunehmende Reizbarkeit; rasch folgte Steigerung des Selbstgefühls, Drang anzuordnen, im Hause alles Mögliche zu arbeiten, sich mit Blumen und Bändern zu schmücken und Redseligkeit, die einen stetig ansteigenden Gedankendrang verrieth. Sie wurde anmassend, ausschweifend in Wünschen und Plänen, drängte stürmisch nach Entlassung und gerieth in rücksichtsloses, stürmisches Schelten, wenn ihrem Wunsche nicht alsbald willfahrt wurde. Die Anstalt war ihr dann ein „Zuchthaus“, ein „Hurenhaus“, Kost und Behandlung abscheulich. Sie gerieth in lebhafte Zornes-Ausbrüche, liess sich zu schlimmen Drohungen und selbst Gewaltthaten hinreissen. Nur ganz vorübergehend war die Kranke zerstörend oder unreinlich, mit der deutlichen Absicht, das Wartpersonal zu ärgern. Auf der nach einiger Zeit erreichten Höhe des Anfalls stellten sich — ausser einer grossen Frivolität und grenzenlosen Obscönität — besonders nächtlicher Weile — Hallucinationen des Gehörs und des Gesichts ein.

Im Abklingen des Anfalls trat eine ausserordentliche Begehrlichkeit, wobei das begehrte Objekt äusserst rasch wechselte, in den Vordergrund der Erscheinungen und bildete einen schneidenden Contrast zu der tiefen Selbstunterschätzung und anspruchslosen Genügsamkeit in dem melancholischen Stadium. Die sensitiven Störungen der früheren Krankheitsperiode schwiegen im maniakalischen Stadium.

Auch auf dieses zweite Stadium folgte keine längere

freie Intermission; sobald die Exaltation völlig abgeklungen, das psychische Gleichgewicht wieder hergestellt war, begannen nach kurzer Frist die ersten Erscheinungen der wieder hereinbrechenden Melancholie sich einzustellen.

So wiederholten sich Melancholie und Manie, jede etwa ½ Jahr dauernd, in regelmässiger Weise, ein Anfall dem andern im Wesentlichen gleich, bis zu dem im Jahre 1871 in Folge von Carcinoma mammae erfolgten Tode.

Beobachtung VII.

Cyklische Psychose. Mania sine delirio — Melancholia hypochondrica.

Karl Gr., geb. 1805, Sohn wohlhabender Geschäftsleute, schwer erblich belastet (Mutter und eine ganze Zahl von Verwandten war geistesgestört, ein Sohn und eine Nichte gleichfalls an periodischen Formen leidend); gute körperliche Gesundheit und vorzügliche geistige Fähigkeiten; lebhaftes und reizbares Temperament, von früher Jugend an ausgesprochener Eigensinn.

Im 17. Lebensjahre (1822) ward Gr., ohne bekannte Gelegenheits-Ursache, ganz plötzlich von Seelenstörung mit dem Charakter der Exaltation befallen, welche nach zweimonatlicher Dauer in psychische Depression überging, von der sich Patient erst nach einem halben Jahre völlig wieder erholte. Seit dieser Zeit litt er alle 2—3 Jahre an ähnlichen Anfällen maniakalischer Aufregung mit folgender Melancholie, von welcher er nach 3—6 Monaten jedesmal wieder genas. Während der ersten Anfälle wurde er theils im elterlichen Hause, theils im städtischen Hospital, theils in verschiedenen auswärtigen Irren-Anstalten behandelt.

Inzwischen hatte er jedoch die Universität besucht, Jurisprudenz studirt, das Staats-Examen gut bestanden und mehrere Jahre als Praktikant gearbeitet.

Mit Ausbruch des achten Paroxysmus (1837) ward er in die Anstalt zu Heidelberg und bei späteren Anfällen in Illenau aufgenommen.

Im ärztlichen Aufnahms-Bericht wird als der vorherrschende Grundton des Irreseins „eine grosse Ueberschätzung der Verstandes- und Urtheils-Kräfte, eine lebhafte Disputirsucht und Rechthaberei“ bezeichnet. „In manchen Aeusserungen und Urtheilen entwickelt er übrigens sehr viel Scharfsinn und zeigt ein vorzüglich gutes Gedächtniss. Er verräth gegenwärtig eine böswillige Tendenz, seine Familien-Angehörigen, sowie andere Personen seiner Umgebung durch hartnäckige Widerspenstigkeit, grobe Beschuldigungen und Vorwürfe zu reizen, zu beleidigen, gegen einander aufzubringen, sowie Ruhe und Ordnung des Hauses auf vielfache Weise zu stören. Er erträgt keinen Widerspruch, ohne sehr aufgeregt und heftig zu werden; bei Vernachlässigung seines Aeussern und seiner Wohnung besteht grosser Hang zum Umherziehen, zum Wirthshausbesuch und zu geselligen Vergnügungen.“ — Kopf geröthet und congestionirt, Gefässthätigkeit erregt, Esslust gross, Durst sehr gesteigert, Schlaf gering.

Nach der Aufnahme in die Anstalt boten sich folgende Erscheinungen: Das Selbstgefühl war mächtig gehoben, die Stimmung meist mehr oder weniger gereizt, wegen Unbedeutendem aufbrausend, doch bald wieder beruhigt. Das Vorstellungsleben entfaltete sich rasch und ungebunden, das Wollen kannte keine Schranken. Eine grosse Unruhe bemächtigte sich des Kranken; sich überall beengt fühlend, konnte er nirgends rasten. Vom frühen Morgen bis zum späten Abend ging er raschen Schrittes auf dem Anstaltsgebiet umher, laut befehlend und tadelnd. Auch in der Nacht fand er nur spärlichen und unterbrochenen Schlaf, stund häufig auf, weckte seine Nachbarn, um sich mit ihnen zu unterhalten, lärmte und polterte an der Thüre, sich nachträglich mit einem nichtigen Vorwande rechtfertigend. Der mächtige Vorstellungsdrang wurde nicht nur durch ununterbrochene Gesprächigkeit, sondern auch durch das Schreiben zahlreicher Briefe befriedigt. Er fühlte eine

Menge Bedürfnisse und war geschlechtlich erregt. Die Esslust war meist sehr gesteigert, dessgleichen der Durst, so dass der sonst sehr mässige Kranke Wein verlangte und grosse Mengen Wassers consumirte. Im Uebrigen war die Verdauung geregelt.

Nachdem der Paroxysmus in einigen Wochen seine Höhe erreicht hatte, blieb er auf derselben bis zum Ende des zweiten Monats, um dann wieder allmälich abzunehmen und auf das normale Niveau zu sinken. Dieses erhielt sich — zugleich mit gesteigertem Bedürfniss nach Schlaf — kurze Zeit, um bald zu einem Zustand von Depression herabzusinken.

Rasch stellte sich das vollendete Bild der Melancholie ein. Abgespannt und träge mied jetzt Patient die Gesellschaft, um die er sich bisher gedrängt. Bei trüber Stimmung und kleinmüthigem Wesen wurden seine Vorstellungen monoton und drehten sich namentlich um sein persönliches Befinden. Er klagte über Schwermuth und machte sich Vorwürfe über seine Unfähigkeit, über sein thatenloses Leben. Die Esslust war vermindert, das Aussehen schlaff. Dieser Depressions-Zustand dauerte 2—3 Monate, nach welcher Frist sich wieder ein psychischer Gleichgewichts-Zustand einstellte.

Vielfach wiederholten sich in der Folge die Anfälle cyklischer Psychose, stets mit dem Stadium maniacum beginnend, an welches, anfangs nach einem, einige Wochen, später einige Monate dauernden relativ freien Zustand, das Stadium melancholicum sich anschloss; erst auf letzteres folgte die, geraume Zeit währende, Anfalls-Pause.

Die Anfälle zeigten stets wieder folgendes Krankheits-Bild:

Vorausgehende „krampfhafte Magenbeschwerden“, aber keine prodromale Melancholie. Sodann die Erscheinungen des Blutandrangs nach dem Kopfe (Gesicht lebhaft geröthet, Conjunctivae mässig injicirt) und der gesteigerten Gefäss-Thätigkeit (Puls frequent, Carotiden-Schlag voll). Zugleich rasch ansteigende Exaltation, gehobenes Selbstgefühl, bedeutende Selbstüberschätzung, herrisches Wesen, Reizbarkeit, Begehrlich-

keit, Unzufriedenheit mit entsprechenden Entladungen. Grosser Drang der Vorstellungen, inhaltlich dem gesteigerten Selbstbewusstsein entsprechend, mit lebhafter Stimme nach Aussen projicirt. Motorische Unruhe mit rastlosem Umhergehen; auf der Höhe des Anfalls — Lärmen und Schreien. Mancherlei Verkehrtheiten im Handeln — mit nachträglicher Motivirung und Rechtfertigung. Schlaflose unruhige Nächte. Geschlechtliche Aufregung. Gesteigerte Ess- und Trinklust; vermehrte Speichel-Sekretion. Keine Wahnvorstellungen, keine Hallucinationen.

Einige Zeit dauernde Anfalls-Höhe, dann allmäliches Abfallen und Abklingen der Manie.

Nach einigen Monaten gleichmässiger Stimmung — Beginn der Melancholie, rasch ansteigende tiefe Depression mit Präkordial-Druck, hypochondrische Richtung, Verzweifeln an der Genesung, Gefühl der Unfähigkeit, Verlust des Selbstvertrauens, grosse Reizempfänglichkeit für äussere Einflüsse, Taedium vitae mit Selbstmord-Versuchen. Gesunkene Esslust, herabgesetzte Gefässthätigkeit, verminderter Muskel-Tonus. Nach mehreren Monaten — Abfall der Melancholie und Uebergang in die längere anfallsfreie Zeit.

Die maniakalischen Stadien betrugen in der späteren Beobachtungszeit zumeist etwa 5 Monate, auf sie folgte eine Zwischenzeit von ca. 2—3 Monate, welche von einem 4—6 Monate dauernden melancholischen Stadium abgelöst wurde. Hieran schloss sich das Anfalls-Intervall, das $1^1/_2$—3 Jahre betrug, einmal sogar sich (falls kein zu Hause abgelaufener abortiver Anfall übersehen wurde) auf mehr als 4 Jahre ausdehnte.

Der psychische Zustand im Intervall entsprach einer langsam, von Anfalls-Pause zu Anfalls-Pause, wachsenden geistigen Schwäche.

Beobachtung VIII.

Cyklische Psychose. Mässige Zustände von Melancholie gefolgt von schwereren maniakalischen Stadien; steigende Zunahme der Länge und Intensität der Anfälle.

Emma B., geb. 1856; frei von erblicher Anlage, mittelbegabt, lebhaft. 1870 — erster Eintritt der Menses; in gleichem Jahre — Fall auf den Hinterkopf mit mässiger Commotio cerebri, seitdem oft Kopfschmerz.

1870. Mitte Juli bis Mitte September — melancholische Verstimmung, stilles gedrücktes Wesen, Unlust zu jeder Activität, blasses Aussehen, Abmagerung, Widerwillen gegen Nahrungs-Aufnahme (2 Monate zu Bette).

Mitte September — Umschlag in maniakalische Exaltation, Heiterkeit, Lebhaftigkeit, Redseligkeit, Pläneschmieden; wenig Schlaf, gute Esslust. — Mitte November Aufregung abgelaufen, von geordnetem Zustand gefolgt.

1871. Mitte Juli bis Ende September Melancholie mässigen Grades. Oktober und November leichte Manie.

Winter 1871/72 — geordnet.

1872. Mai und Juni — Melancholie.

Juli — beginnende Manie — Rededrang, Thatenlust, Schreibseligkeit, erotiche Richtung, Schlaflosigkeit, Kopfcongestionen, gute Esslust.

20. Juli — Aufnahme in die Anstalt: Heitere Exaltation mit grossem motorischem Drange, Umhergehen, Reden, Scherzen, Lachen, zwecklose Geschäftigkeit; Wohlgefühl, aber auch grellere Stimmungswechsel.

September — mehr feindlich gereizte Stimmung, abweisendes Benehmen, zeitweise lebhaftes angstvolles Schreien.

Im Oktober und November — zeitweise Zustände von Depression; in der Folge geordnet.

1873. Mehrmonatlicher mässiger Depressions-Zustand (still, einsilbig, scheu, verlässt nicht das Haus).

Seit Mai — grössere Lebhaftigkeit.

Juli — maniakalische Erregung. Ruhelosigkeit, Rededrang, Pläneschmieden, sexuelle Richtung, namentlich Heirathslust.

August — gesteigerte Unruhe, Schlaflosigkeit.

September — bedeutende Exacerbation mit anfallsweise auftretenden Zuständen von Hirnreiz mit sehr warmem Kopfe, beschleunigtem Pulse; Ausbrüche lauten Schreiens in schmerzlich gereiztem Tone und zerstörenden Trieben; zugleich Stechen auf der Brust mit Bangigkeit, Beengung, Herzklopfen, Kreuzweh, Gliederreissen, lebhafte Schmerzen im ganzen Kopfe, Schwindel, Farbensehen, Nausea.

Oktober und November — häufige Erregungs-Zustände mit grellem schmerzlichen Schreien, Gehörs-Hallucinationen.

Dezember — Remission.

1874. Januar — natürliches Wesen. In der Folge mässig melancholischer Zustand — fast ganz schweigsam, unthätig, völlg zurückgezogen, scheu jeder Begegnung ausweichend. Bei guter Esslust erhebliche Steigerung der Körperernährung.

August — belebter, arbeitet wieder.

September — beginnende — Oktober — steigende Aufregung, Schlaflosigkeit.

November und December — Exaltation, Gefühl innerer Unruhe, Stirnkopf- und Brust-Schmerz. Anfälle lauten schmerzlichen Schreiens mit Gefühls- und Gehörs-Hallucinationen, Puls 80—120. Gesichts-Hyperämie.

Z. Z. der Menses-Exacerbationen mit masslosen Affektstürmen und heftigen zerstörenden Trieben.

1875. Januar bis 1. Hälfte März — häufige schmerzlich gereizte Aufregungs-Zustände mit Präkordial-Angst, Hallucinationen, Affektstürmen, dabei ausgesprochene Kopf-Congestionen und Gefäss-Erregung.

April — Remission.

Von Mai an wieder beginnender mässiger Depressions-Zustand mit wenig zugänglichem Wesen u. s. w.

Beobachtung IX.

Cyklische Psychose. 4—6 monatliche Stadien von mässiger Melancholie gefolgt von etwa gleich langen, aber schwereren Perioden von Manie. Relativ kurzes Anfalls-Intervall.

Rosa M., geb. 1847; erblich belastet (Vater von hochgradiger krankhafter Reizbarkeit, Mutter neuropathisch, Vaters Bruder Sonderling, 2 Brüder waren geistesgestört); mittelbegabt; menstruirt seit 1862.

1863/64 im Pensionat — erster Anfall; mässige Depression gefolgt von mässiger Exaltation. Von da ab — alljährlich ein Anfall von allmälich zunehmender Intensität.

1865 — Anfall vom Hausarzt beobachtet: Kopfschmerz, allgemeine Müdigkeit, Druck auf der Mitte der Brust, unruhiger Schlaf; hierauf — leichte Exaltation, Unlust zur Arbeit, Begehrlichkeit, Heirathslust, taktloses Benehmen etc.

1866 — Erste Aufnahme in die Anstalt. — Die von da an alljährlich bis jetzt beobachteten Anfälle boten folgendes Krankheits-Bild:

Allmälich sich entwickelnde Melancholie mässigen Grades mit düsterem Wesen, scheuer Zurückgezogenheit, Einsilbigkeit, Unlust zur Thätigkeit, Energielosigkeit und Apathie. Nach etwa 4—6 Monaten ist die Depression abgelaufen.

Patientin benimmt sich jetzt natürlich, sie ist zugänglich, freundlich und widmet sich gerne der Arbeit.

Bald aber mischen sich die ersten Elemente von Aufregung in den scheinbar freien Zustand ein — grössere Lust zum Reden, zum Ausgehen, Besuche machen; Geschäftigkeit. Mancherlei krankhafte Sensationen, verminderte Esslust, steigende Pulsfrequenz. Eine, von der Kranke selbst empfundene innere Unruhe leitet rasch zu ausgesprochener

Exaltation über — gehobene Stimmung, Thatenlust, Pläneschmieden.

Nach einigen Wochen meist sehr rasches Ansteigen zu grösserer Höhe. Puls frequent (90—100) und gespannt; zeitweise congestionirtes Gesicht mit dem Gefühl von Hitze und Druck im Kopfe. Zahlreiche neuralgische Gefühle in Kopf, Ohren, Zähnen, Brust, Rücken, Sexual-Organen; nach allen Richtungen hin gesteigerte Sensibilität. Vermehrte Speichelsekretion („es sei Erbrechen“), vielfaches Räuspern.

Grosser Rede- und Bewegungsdrang, abspringender Vorstellungsgang, Reproduktion vieler Reminiscenzen, schmerzlicher und heiterer (jeweils wieder des gleichen Inhalts). Die innere Unruhe treibt impulsiv und unwiderstehlich zum Zerreissen von Kleidern, zum Zerstören von Fensterscheiben.

Sehr wechselnde Stimmungs-Lagen; zwischen den überwiegenden Zeiten ausgelassenster Heiterkeit kehrt öfter, mit raschem Umschlag, kürzere schmerzliche Aufregung wieder mit hypochondrischer Richtung und Taedium vitae, mit Gehörs-Hallucinationen meist ängstlichen Inhalts. Zeitweise — sexuelle Richtung der Erregung (dringendes Verlangen untersucht zu werden, Heirathspläne). Schlaflosigkeit und nächtliche Ruhestörung.

Rascher Abfall von der Höhe zu mässiger Exaltation, nach einigen Wochen zum ruhigen Zustande.

In gleicher Weise spielte sich bis jetzt jedes Jahr ein melancholisch-maniakalischer Paroxysmus ab, dessen beide Stadien während je 4—6 Monaten ihren Verlauf nahmen. Die Anfälle waren alle nach Form und Inhalt gleich, nur in der Dauer etwas verschieden. Die maniakalischen Stadien zeigten Remissionen und Exacerbationen; sie stiegen in einigen Anfällen zu höheren Graden der Erregung an und waren dann — aber nur vorübergehend — mit einem gewissen Grad von Verwirrtheit verbunden („sie habe keinen Verstand mehr, sei verwirrt“); zugleich bestunden Gefühle von „lebhaftem Hämmern im Kopfe“, frequenter, gespannter Puls, weite Pupillen, Gehörs- und Gesichts-Hallucinationen.

Die intervalläre Zeit, nicht scharf von dem letzten und ersten Stadium des Anfalls abgrenzbar, währte kaum 2 Monate lang.

(Behandlung der Anfälle — Morphium-Injectionen bis 4mal täglich 0,08 mit entschiedener Beruhigung, Bromkalium bis 6 Gramm pro die, verlängerte Bäder, zeitweise Isolirung.)

2. Centrale Typosen mit kurzen Anfällen.

Die zweite Gruppe der direkt central bedingten periodischen Psychosen, entschieden weniger stark vertreten, als die erste, kennzeichnet sich, wesentlich von der ersten verschieden, durch kürzere Anfälle, welche eine tiefere Gehirn-Affektion durch weit schwerere Störung des Bewusstseins, grössere Erregung und intensivere motorische Entladungen bekunden.

Die Krankheitsbilder dieser Gruppe nähern sich in mancher Beziehung denen der epileptischen Geistesstörung an, sie zeigen aber doch einen so ausgesprochenen, eigenartigen Charakter, dass wir sie (im Gegensatz zu Morel, der dieselben zu der „Folie epileptique“ zu rechnen geneigt ist) von jener so viel als möglich abscheiden möchten. Wir schliessen somit hier nicht allein die bekannten charakteristischen, meist mit wuthartiger Heftigkeit verlaufenden, Anfälle der ausgesprochenen Epileptiker aus, sondern auch die, ohne den Nachweis von Krampf-Anfällen, ihrem Krankheits-Charakter nach, nahe verwandten Zustände, welche Samt in seiner verdienstvollen Arbeit als „psychisch-epileptische Aequivalente“ bezeichnet hat.

Die uns hier beschäftigenden Fälle sind, der Stimmungsrichtung nach — ganz überwiegend — als periodische Tobsucht aufzufassen, wesshalb wir nur diese unserer Schilderung zu Grunde legen werden; obwohl auch in analoger Weise verlaufende periodische Melancholien und cyklische Psychosen, sowie interessante Uebergangsformen zur Beobachtung kommen.

Sie unterscheiden sich schon ätiologisch wesentlich von der früheren Gruppe, denn während diese sich in erster Linie

auf Heredität stützt, kann hier erbliche Anlage kaum in der Hälfte der Fälle nachgewiesen werden. Zweitens ist der Beginn der Erkrankung an kein Lebensalter und an keine bestimmte Epoche gebunden; wir sehen vielmehr die ersten Anfälle sowohl zur Zeit der Pubertät, als in den 20er, 30er und 40er Jahren auftreten. Abnorme Schädel-Entwickelung, früher überstandene organische Gehirn-Erkrankungen, sowie psychisch deprimirende oder erregende Einwirkungen müssen — neben der Heredität — theils als prädisponirende, theils als occasionelle Momente aufgeführt werden.

Die Anfälle sind in der Regel von entschieden kürzerer Dauer, als die früher geschilderten, und zwar haben wir — unter unsern Beobachtungen — einmal eine Dauer von 10—14, zweimal von 12—15, einmal von 14—20 Tagen, einmal von 2—3, und je einmal von durchschnittlich 3 und 4 Wochen verzeichnet. Bei 3 unserer Fälle wurde gleichzeitig die interessante Erscheinung beobachtet, dass diese Anfälle jeweils in Gruppen von 3 oder mehr, von kurzen, beiläufig der Anfallsdauer entsprechenden Pausen unterbrochen, auftraten, um erst dann mit einem längeren Intervall abzuschliessen.

Die Anfälle werden durch melancholische, mit sympathischen Störungen verbundene, Stadien eingeleitet und schliessen mit gleichen ab. Die rasch eintretende Melancholie äussert sich in schmerzlicher Verstimmung mehr allgemeiner Art, mit Klagen oder düsterem Hinbrüten oder in hypochondrischer Richtung mit Verzweiflung an der Wiedergenesung. Sie ist nicht selten mit Angst, namentlich Präkordial-Angst, verbunden und kann bis zum Taedium vitae ansteigen.

Unterscheidet sich somit die melancholische Bewusstseins-Störung nicht erheblich von der in den melancholischen Stadien der ersten Gruppe geschilderten, so ist hier die Mittheilnahme anderer Nerven-Bahnen vielleicht noch mehr, als bei dieser, ausgesprochen. Zugleich mit der Depression stellen sich Zeichen allgemeiner Nervösität ein, schmerzhafte Sensationen in Kopf, Leib und Gliedern, Ohrensausen und Flimmern vor den Augen, allgemeine Hyperästhesie oder solche

des Optikus und Akustikus, oft erweiterte starre Pupillen (Reizung des Sympathikus).

Sehr rasch schlägt die kurz dauernde Melancholie in Manie um. Diese zeigt hier ein Krankheits-Bild, das seinen Haupterscheinungen nach, entschieden als ein Hirn-Reiz-Zustand aufgefasst werden muss. Das Gesicht wird lebhaft geröthet und ist heiss anzufühlen, die Conjúnctivae sind injicirt. Die Frequenz der Herzthätigkeit steigt bis auf 100 Schläge; die Pulswelle wird voller, zuweilen unregelmässig; die ganze Körper-Wärme kann steigen, wie wir in einem unserer Fälle die in den Intervallen 37—37,4^0 C betragende, Temperatur in den Anfällen jeweils auf 38,0, 38,2, 38,4, einmal bis auf 39,0 ansteigen sahen. Die Pupillen können erweitert bleiben, oder auch sich verengen.

Gleichzeitig wird das Bewusstsein tief gestört und bleibt dies meist während der ganzen Dauer des Anfalls, in manchen Fällen nimmt es einen traumartigen Charakter an. Während die Wirklichkeit entschwindet, weicht die normale Perception einem subjektiven, krankhaften Vorstellungs-Inhalt, der bis zur vollkommenen Verworrenheit ansteigen kann. Bunt wechselnde Wahnvorstellungen — aber in jedem Anfall wieder die gleichen — tauchen auf. Sinnes-Delirien, entweder nur des Gehörs oder mehrerer, selbst aller Sinnes-Bahnen fehlen nicht — deren sich gleich bleibende Constanz wieder höchst charakteristisch ist.

Der Reiz-Zustand des Gehirns (speciell der Gehirn-Oberfläche) macht sich im ganzen Muskel-Gebiete geltend. Das Aussehen ist sehr gestört, die Augen funkelnd, die Mimik belebt, oder der Blick stier, die Gesichts-Muskulatur gespannt, zuweilen ungleich innervirt.

Der sich alsbald einstellende Rededrang steigert sich bald zu lautem Sprechen bei Tag und bei Nacht, zu Predigen, Deklamiren, Singen, mit sich überstürzenden Vorstellungen, deren Inhalt, so lange noch einiges Bewusstsein besteht, entsprechend dem gehobenen Selbstgefühl, sich um gewaltige Pläne dreht und auf Selbstüberschätzung gestützte Wahnvorstellungen preisgibt.

Die motorische Erregung kann sich nur als einfache Steigerung normaler motorischer Acte, als genuiner Bewegungsdrang, als triebartige Unruhe geltend machen, die aber bis zu hochgradigen Kraft-Entladungen mit gewaltigen und zerstörenden Handlungen ansteigt. Sehr häufig aber zeigen die motorischen Entäusserungen etwas Eigenartiges, Charakteristisches, das bald sich mehr den Krampf-Zuständen annähert, bald dem Gepräge der Chorea ähnelt. Die Bewegungen erscheinen dann nicht allein zwecklos, sondern auch automatisch, sie verlaufen wie die Bewegungen einer Maschine, einer Gliederpuppe. Die Kranken laufen z. B. in einer Linie — mitunter mit ganz origineller Gangart — lange Zeit hin und her, sie drehen sich plötzlich um, stossen rücksichtslos an Jeden an, der in ihre Bewegungsbahn geräth. Der Kopf wird umhergeworfen, das Gesicht verzerrt; die lebhaft spielenden mimischen Muskeln führen zu entstellenden Grimassen, der Klang der Stimme kann sich ändern. Auch in dem rhythmischen Ausstossen von Schreilauten kann sich ein krampfartiger Charakter zeigen. Neben dem Bewegungsdrang können sich auch Bewegungs-Hemmungen geltend machen — wie gezwungene Haltung und Geberden, ekstatische Stellungen.

Unter diesen oder verwandten Krankheits-Erscheinungen, pflegt der Anfall, während der für ihn charakteristischen Zeit, auf der Höhe zu verlaufen, um dann rasch abzufallen zum ruhigen Niveau, welches mit dem prompt eintretenden melancholischen Nachstadium abschliesst.

In den meisten Fällen folgt auf jeden Anfall ein längeres Intervall, während bei einigen Kranken jeweils mehrere Anfälle, durch nur kurze, weniger freie, Intervalle unterbrochen, sich wiederholen, an deren letztere erst die grössere Anfallspause sich anreiht.

Die anfallsfreien Zwischenzeiten tragen die oben geschilderten Charaktere, speciell haben wir in den Fällen dieser Gruppe entweder nur leichte Alterationen des nervösen oder psychischen Zustandes, oder gewisse geistige Schwäche-Symptome, oder endlich eine mässige melancholische Richtung

beobachtet. Die letzteren Fälle liessen sich auch als circuläre Störung mit kurzen Anfällen auffassen und bekunden somit wieder die nahe Verwandtschaft der beiden Krankheitsformen.

Der Verlauf und die Vorhersage dieser Fälle gestaltet sich entschieden günstiger als bei den Typosen mit langen Anfällen. Nicht allein pflegt bei den in Gruppen verlaufenden Paroxysmen das Intervall zwischen den einzelnen Gruppen ein viel längeres zu sein, sondern wird auch öfter Genesung mit einem mässigen geistigen Defekt und zuweilen vollständige Restitutio ad integrum beobachtet.

Beobachtung X.

Mania periodica nach einem längeren maniakalischen Anfall entwickelt. Kurze Paroxysmen mit schwerer Störung, 1½ Jahre mit gleicher Intensität und Dauer verlaufend; dann allmälige Abschwächung und endlich völliges Erlöschen derselben im Zeitraum eines halben Jahres. Völlige und dauernde Genesung.

Gustav B., Arzt, geboren 1838. Die mütterliche Grossmutter litt an periodischer Psychose, ein Bruder war vollkommen in der Entwicklung zurückgeblieben (Zwerg) und von nervösem Temperament.

B. selbst von mittlerer Begabung, aber tiefem Gemüthe; verschlossen und leicht zerstreut, aber wissbegierig.

Zwei Versuche des Staats-Examens wurden ohne Noth, wegen grosser Entmuthigung, abgebrochen — in der Folge schmerzliche Verstimmung.

Die ein Jahr lang (1856) innegehabte Stellung als Hilfsarzt an einer Irrenanstalt wurde aufgegeben, „aus Furcht, melancholisch zu werden“. Depression durch eine nicht erwiederte Neigung.

Wiederaufnahme der Studien an einer grossen Hochschule; daselbst halbjähriges Zusammenleben mit einem zweideutigen Mädchen.

1858 — nach bestandenem Examen — Land-Praxis. In der Folge die heftigsten psychischen Kämpfe; B. hatte ein Heirathsversprechen gegeben und konnte es, ohne seine Zukunft zu vernichten, nicht lösen; endlich persönliche hochgradige gemüthliche Spannung durch die Ankunft der Geliebten, die nur mit den schwersten Opfern wieder entfernt werden konnte. In der Folge anhaltende Gemüths-Aufregung mit der Furcht, die Achtung seiner Familie vollkommen verloren zu haben, dadurch nicht auszugleichende Erschütterung des psychischen Gleichgewichts. Nach mehrwöchentlichem Vorstadium schwerer Melancholie mit allgemeiner Mattigkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit etc. — kam es Weihnachten 1858 zum Ausbruch heftiger Manie mit schwerer Bewusstseins-Störung und lebhaftem motorischen Drange (Singen, Schreien, Gewaltthaten) mit Sinnes-Delirien (Gefühlen, Stimmen, Visionen) und verworrenen Reproduktionen, welche drei Monate andauerte. Nach vierwöchentlicher scheinbarer Gesundheit — April 1859 — nahm die Störung einen periodischen Charakter an, indem in der Folge jeweils nach einem 10—14 Tagen dauernden maniakalischen Anfall, unter Vermittlung eines melancholischen Nachstadiums, ein etwa eben so lange dauerndes Intervall sich einstellte.

Der Kranke fühlte das Nahen des Paroxysmus, indem er eine erhöhte Wärme im Kopfe, eine leichte Beweglichkeit und unmotivirte Fröhlichkeit empfand. Der Ausbruch erfolgte meist in der Nacht; der Kranke konnte nicht schlafen, er stund auf, um zu singen, zu schreiben etc. Er wurde nun sehr redselig, sehr geneigt zum Disput, zu Silbenstechen, zu Tadeln und Schelten; von Natur sehr gutmüthig und lenksam, zeigte er jetzt grosse Oppositionslust. Rasch war die Höhe des Anfalls erreicht mit trotzigem Auftreten, lärmendem wilden Gebahren, mit Neigung zum Zerstören und zu Gewaltthaten, zu Unreinlichkeit und Onanie. Auch der Abfall von der Acme vollzog sich schnell. Auf die Erregung folgte ein melancholisches Stadium. Der deprimirte Kranke litt an Angst, die sich bis zum Taedium vitae steigerte, er verzweifelte an seiner Wieder-

genesung, „sein Blut sei geändert, seine Elasticität verloren.“ Dann kam Abspannung, nach welcher sich B., bei erheblicher Steigung des Bedürfnisses nach Schlaf und Nahrungs-Aufnahme, ganz wohl fühlte und sich etwa 10 Tage lang eines gesunden Zustandes mit natürlicher Theilnahme an der Aussenwelt erfreute.

Nach erfolgloser Behandlung in zwei andern Anstalten (Anwendung von Chinin, Leberthran, Brechweinstein-Salbe, lauwarmen Bädern mit Begiessungen) Aufnahme in Illenau den 29. August 1860.

Kleine gedrungene Statur, kräftige Muskulatur, Herzthätigkeit etwas beschleunigt, Motilität und Sensibilität frei. Grosser wohlgebauter Schädel, hohe, breite Stirne, ovales Gesicht, blasses gedunsenes Aussehen, etwas verwitterte Züge, grosse Augen mit etwas ungleichen Pupillen, blasse Schleimhäute.

Die in Illenau beobachteten Anfälle glichen vollkommen den früheren. Sie wurden durch ein sehr kurzes melancholisches Stadium (trübe Stimmung, hypochondrische Klagen) eingeleitet, welchem die tobsüchtige Aufregung auf dem Fusse folgte. Der Kranke stund zu ungewohnt früher Stunde auf, sprach viel und unüberlegt, suchte Disput und äusserte mancherlei Wünsche. Schon den folgenden Tag war er im vollen Paroxysmus, welcher dringend seine Isolirung erheischte. Er war reizbar und unzufrieden, sehr geneigt zu Streit und Wortspalterei, führte gern obscöne Reden. Bei sehr gestörtem Bewusstsein sprach und schrie er bis zum Heisserwerden, auch in den Nächten keine Ruhe findend. Rasch kam es zu Ideenflucht, abspringendem Vorstellungsgang und Verworrenheit. Die gereizte Stimmung und der motorische Drang führte zu Misshandlung der Umgebung (Anspeien, Beohrfeigen). Endlich kamen Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen (in verschiedenen Anfällen die gleichen!). Der Kopf war geröthet und heiss anzufühlen, die Conjunctivae injicirt, die Kopfhaut gedunsen, die Pupillen weit und starr, der Puls voll, beschleunigt, gespannt und unregelmässig, das Aussehen sehr gestört, der Blick wild und stier.

Die Aufregung endete eben so rasch, wie sie begonnen und während der Puls ruhiger, das Gesicht blasser wurde, kam es zu einem melancholischen Nachstadium, das ausgeprägter, als das Vorstadium, war. (Selbstvorwürfe, Klagen über Heimweh, über Zurücksetzung, Furcht vor Gefährdung seiner Familie etc.). Nach eintägiger Depression, gefolgt von Abspannung und vermehrtem Schlafbedürfniss, pflegte wieder die normale Gemüthsstimmung einzutreten.

Die ersten drei Anfälle in Illenau verliefen auf die geschilderte Weise — mehrstündige prodromale Depression, 8 bis 10 Tage dauernde Manie, eintägiges melancholisches Nachstadium, gefolgt von einem 8—10 Tage währenden anfallsfreien Intervall — und waren in Erscheinungen und Verlauf bis auf den Inhalt der Vorstellungen und Hallucinationen ganz gleich.

Vom Ende Oktober ab — um welche Zeit eine planmässige Opium-Kur begann — nahmen die Anfälle allmälig wesentlich an Stärke und Dauer ab und hielten den Typus weniger streng ein. Der nächstfolgende Paroxysmus dauerte nur 7 Tage und erreichte, bei vollkommen gleichem Grund-Charakter, nicht mehr die ganze Höhe der früheren Anfälle, blieb vielmehr auf dem Niveau mässiger motorischer Unruhe, grosser Redseligkeit, absurder Aeusserungen etc. stehen. Die weiteren Anfälle sanken stetig an Intensität und Länge; die Tage der Depression und Exaltation traten allmälig minder scharf hervor und endlich waren es in den Anfangs-Monaten 1861 nur noch einzelne aufgeregte Tage, durch wenige gedrückte Stunden eingeleitet und abgeschlossen, welche die früheren Anfälle ersetzten. Auch diese schwanden in der Folge völlig, so dass B. nach mehrwöchentlichem Bestande eines gleichmässigen psychischen Zustandes Ende März 1861 aus der Anstalt entlassen werden konnte. Es ist völlige Genesung ohne jeden Defekt eingetreten und hat sich der vollkommen gute Zustand — wie noch nach vielen Jahren eingetroffene Nachrichten bestätigten — dauernd erhalten. (Mehrjährige grosse Reisen als Schiffsarzt, in der Folge anstrengende ärztliche Thätigkeit in einer Gebirgsgegend der

Heimath, glückliches Familienleben bei makellosem psychischem Befinden).

Die consequente Opium-Behandlung hat hier — wenn auch nicht direkt die Genesung herbeigeführt — doch sicher durch allmälige Herabsetzung der cerebralen Reizbarkeit wesentlich zum günstigen Ablauf des Krankheits-Prozesses beigetragen.

Beobachtung XI.

Mania periodica mit kurzen Paroxysmen und tiefer Störung. Nach 10jähriger Dauer Genesung mit Defekt, der sich im Laufe der folgenden Jahre nahezu wieder ausglich.

Ludwig E., verheiratheter Kaufmann, geboren 1815, nicht erblich belastet, still ohne Excesse lebend; einseitig in religiösen, philosophischen und politischen Anschauungen. Ein „rheumatisches Kopfleiden" im Jahre 1850 soll den Anlass zur Psychose gegeben haben.

1853 Aufnahme in Illenau. Kurze Anfälle periodischer Manie:

Allgemeine Aufregung und Lebhaftigkeit, Kraft und Gelenkigkeit der Bewegungen, gezierte Redseligkeit, eitle Disputirsucht, Schreibseligkeit, Begehrlichkeit, Empfindlichkeit, Rücksichtslosigkeit. Dann in raschen Uebergängen — confuse Geschwätzigkeit mit philosophischen und ästhetischen Schlagwörtern und ausgewählten Redeblumen; Predigen, Deklamiren, Singen, Ausstossen von Schreilauten; gleichzeitig gezwungene Haltungen und Gebärden, sonderbare Exercier-Verschiebungen, aber selten überstürzende und gewaltthätige Bewegungs-Leistungen. Mancherlei Verkehrtheiten — wie Entkleiden, ungeeignete Entleerungen etc. Gereizte Stimmung mit dem Wahne besonderer Begnadigung durch Gott — mit Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Geschmacks. Dann folgte ein Stadium der Gebundenheit mit stossweisem Auftreten einzelner motorischer Akte (plötzlich ausgestossene Worte, Schreie, Gesichts-

Verzerrungen). Endlich — durch die Erscheinungen der ersten Periode — Rückkehr zu relativ geordnetem Zustand. Somatische Anfalls-Symptome: kleiner frequenter Puls, Ueberwiegen des Carotiden-Schlags; Kopf roth und heiss, Augen glänzend und hervorgetrieben, Pupillen eng, schwer beweglich.

In den Intervallen — relative geistige Freiheit, aber keine Krankheitseinsicht, etwas Abspannung, ruhige Gefässthätigkeit, guter Schlaf.

Jahre lang wiederholten sich die Anfälle, in allen ihren Erscheinungen vollkommen gleich, aber ohne präcise Regelmässigkeit, in einer durchschnittlichen Dauer von 12—14 Tagen, auf welche ruhige Intervalle von meistens 16—20 Tagen folgten.

Seit Ende der 50er Jahre wurden die Anfälle kürzer und milder, die letzten nur noch auf Redseligkeit, Geschäftigkeit etc. beschränkt — bei erhaltener freundlicher Stimmung.

1861 aus der Anstalt entlassen — im Zustande der Heilung mit Defekt. Die früheren Anfälle waren noch einige Zeit durch Rudera, d. h. leichte Erregungs-Zustände, angedeutet, die aber auch später schwiegen. Die gesetzte geistige Schwäche hat sich im Laufe des folgenden Jahres auch in dem Maasse gehoben, dass regelmässige geistige Beschäftigung wieder ermöglicht und die verhängte Curatel wieder aufgehoben wurde.

Beobachtung XII.

Nach mehreren längeren und unregelmässig verlaufenden Tobsuchts-Anfällen — Ausbildung einer ziemlich regelmässigen Periodicität — kurzer maniakalischer Paroxysmen mit schwerer Bewusstseins-Störung; nach 2 Jahren allmälige Abnahme, später völliges Ausbleiben der Anfälle. Genesung mit Defekt.

Martin B., lediger Kaufmann, geboren 1835. Vater und Grossvater waren reizbare, heftige Naturen, die beide an Apoplexie starben; ein Vetter endete durch Selbstmord.

Von schwächlicher Constitution, schüchtern, nicht unbegabt, fleissig, sehr ehrgeizig.

Nach übermässigen geistigen Anstrengungen und deprimirenden Gemüths-Affekten —

1852 — im 16ten Lebensjahre — nach längerer missmuthiger Stimmung — plötzlicher Ausbruch des ersten maniakalischen Anfalls mit mässigen Erscheinungen — grosse Lebhaftigkeit, Reizbarkeit etc. — in wenigen Wochen verlaufend; nach etwa 1/2 Jahr in verstärkter Weise wiederholt, gefolgt von einem Zustand grosser Mattigkeit, Abspannung und geistiger Schwäche, mit langsamer, aber völliger Erholung.

Nach 6 guten Jahren — nach angestrengtem und zugleich ausschweifendem Leben — 1859 — eingeleitet durch Abspannung, Arbeitsunlust und Reizbarkeit — neuer Anfall von Tobsucht — mit Unruhe, Heftigkeit, Gedankendrang etc. von 6monatlicher Dauer, gefolgt von einem Depressions-Stadium und einem gewissen Grad von Energielosigkeit.

1861 — 3monatlicher Anfall von Juli bis Oktober; 1862 gleich langer Anfall von Februar bis Mai.

Von da ab — in ziemlich regelmässiger Periodicität wiederkehrend — kürzere, durchschnittlich 14 Tage dauernde Anfälle. Beginn mit einem Stadium melancholicum von einigen Tagen — tiefe Depression, Klagen und Selbstvorwürfe, Angstzufälle mit allegorisirten Gefühlen, Schlaflosigkeit. Rascher Umschlag in die Exaltation mit nächtlichem Singen. Gereizte unzufriedene Stimmung, namentlich gegen die Angehörigen und gegen die Anstalt. Mächtig gesteigertes Selbstgefühl mit einer zuweilen mit Wahnvorstellungen gefälschten Ueberschätzung seiner Person. Grosser Rededrang, erhöhter Geschlechtstrieb, Neigung zur Masturbation. Auf der Höhe der Erregung — tiefer gestörtes Bewusstsein, Incohärenz der Vorstellungen, Sinnes-Delirien. Motorische Unruhe, lebhafte Mimik, Umherlaufen, Unordnung in Kleidung und Wohnung; seltener — gewaltthätige und zerstörende Handlungen. Auf das kürzere Stadium tiefer Bewusstseins-Störung folgte wieder eine schwächere, durch Reiz-

barkeit charakterisirte Erregung, nach welcher ein melancholisches Nachstadium die Brücke zum ruhigen Intervall bildete. Jeweils bestunden in den Anfällen grössere Hämorrhoidal-Beschwerden und allgemeine Haut-Hyperästhesie, welche zu tüchtigem Kratzen einlud, verminderte Esslust, belegte Zunge, verlangsamte Verdauung. Die Herzthätigkeit war während der Anfälle mässig beschleunigt und jedesmal nach denselben unregelmässig und aussetzend.

In den anfallsfreien Zeiten machte sich eine Schwäche im psychischen Leben geltend, wie Abnahme des Gedächtnisses, Indolenz, vermindertes Interesse für früher mit Liebe gepflegte Dinge und reizbare Gemüthsstimmung.

Dauer der Intervalle 20—30 Tage, ausnahmsweise einige Tage mehr.

Nachdem die Anfälle geraume Zeit in gleicher Weise und nahezu gleicher Intensität verlaufen waren, begannen dieselben in der zweiten Hälfte 1863 — unter dem Gebrauche grosser Opium-Dosen (bis 3mal täglich 0,3) — allmälig einen viel gelinderen Verlauf zu nehmen. Die frühere Höhe der Erregung wurde nicht mehr erreicht, das Bewusstsein blieb freier, der motorische Drang mehr beherrscht, das Handeln zweckmässiger, die Redseligkeit und Reizbarkeit nahmen ab. Gleichzeitig mit der Intensität verminderte sich auch die Dauer der Anfälle der Art, dass im Laufe des Jahres 1864 sich durchschnittlich nur noch alle 4 Wochen eine 8tägige Periode mässiger Unruhe einstellte (einige Tage schmerzliche ängstliche Verstimmung, von einer leichten Exaltation gefolgt), die sich im folgenden Jahre auf kürzer dauernde unmotivirte Aenderungen der Stimmung reducirte, um in der Folge allmälig ganz zu schweigen.

Die gesetzte psychische Schwäche hat sich erst im Laufe der folgenden Jahre wieder theilweise ausgeglichen und scheint eine gewisse Indolenz, somit ein leichter Defekt, zurückgeblieben zu sein.

Beobachtung XIII.

Periodische Psychose mit kurzen Paroxysmen. Primäre melancholische Zustände; hierauf nahezu ausgebildete cyklische Störung. Nach 7 intensiven Anfällen — Abschluss mit längerem melancholischem Stadium. Genesung.

Jacob M., Landwirth, verheirathet, geboren 1841. Vaters Schwester epileptisch.

Stiller, friedlicher, fleissiger Mensch; seit Ende 1864 dem Trunke ergeben. (Schon krankhaft?)

Seit Anfang 1865 oder schon Ausgang 1864 — kurze Aufälle leichter periodischer Melancholie. M. blieb alle 5—6 Wochen, starren Blicks, zu Bette liegen, auf Befragen über Leibwehe klagend; nach einigen Tagen stund er wieder auf, lobte sein Befinden und ging den Geschäften wieder nach.

September 1866 geheirathet.

Ende November 1866 trat — wieder nach mehrtägigem stillem zu Bette-Liegen — Aufregung ein (Rededrang, Kauflust etc.) — aber nur von kurzer Dauer. Nach neuem melancholischem Stadium stellte sich am 23. Dezember ein viel intensiverer Exaltations-Zustand ein, der sich mit einer masslosen Lust zu alkoholischen Getränken einleitete und bald zu grossem Vorstellungs- und Bewegungsdrang, bei gehobenem Selbstgefühl, steigerte; er wollte Kühe, Pferde, Chaisen kaufen, vierspännig fahren, wie der Grossherzog, Wirth und Rittmeister werden, das grosse Loos in der Lotterie gewinnen. Appetit vermindert, zeitweise Klagen über Kopfschmerzen. Dauer 19 Tage.

In der Anstalt (aufgenommen Jänner 1867) wurden nun 7 weitere auf einander folgende Anfälle beobachtet, 14 bis 22 Tage dauernd, von 10—22tägigen Intervallen unterbrochen.

Die Manie stellte sich rasch und unvermittelt ein und war alsbald mit tiefer Bewusstseins-Störung verbunden; Unzufriedenheit, Begehrlichkeit, grosser Drang der sehr bunt gemischten Vorstellungen, Incohärenz, Ideenflucht, Wahnvorstel-

lungen (träumt von grossem Besitz), Hallucinationen, „er sei verhext worden“, sieht den Teufel, sieht wilde Thiere; hat Gehörs-Delirien, riecht Pulver, schmeckt Kalk, Verworrenheit, wildes lautes Schreien, Gestikulationen, zwecklose Geschäftigkeit, unruhige Nächte. Blick belebt, Puls etwas frequent, 80, aber auch 90—100, Kopf heiss, Conjunctivae geröthet, Lippen trocken, Temperatur auf 38 und mehr, einmal bis 39,2 ansteigend. — Rascher Abfall der Manie.

Die Intervalle waren nicht vollkommen frei, vielmehr durch einen Zustand mässiger, mit Apathie verbundener, Melancholie charakterisirt (also Uebergang zur Folie circulaire!). Patient war still und wortkarg, sprach nur auf Anfragen und dann kurz, langsam und zögernd, blieb die letzte Zeit dieses Stadiums zu Bette liegen, klagte auf Befragen oft über Schlaflosigkeit, über nächtlichen Frost und Hitze, auch über Ohrensausen, Kopf- und Leibschmerzen, Müdigkeit der Glieder, Intercostal-Neuralgie. Die Temperatur war normal, die Herzthätigkeit langsam und gleichmässig, die Pupillen weit und starr.

Auf den letzten, Mitte September endenden, Paroxysmus folgte ein längerer Depressions-Zustand, ein starres, gebundenes, psychisches Verhalten, Darniederliegen der geistigen Energie, monotones Wiederholen der täglichen Angaben über sein Befinden, „er schlafe jede Nacht nur 2—3 Stunden, hierauf komme Frost und Hitze, er leide an Reissen in den Gliedern, Kopfschmerz, Grimmen im Leibe, Seitenstechen.“ Puls 50, etwas ungleich, weite Pupillen.

Seit Mitte December stund Patient wieder auf, wurde belebter, klagte weniger, während die Herzthätigkeit wieder auf 70—80 anstieg. Die Besserung nahm allmälig in den ersten Monaten 1868 zu; während die neuralgischen Beschwerden schwanden, Schlaf und Verdauung normal wurden, die Körper-Ernährung sich hob — kehrte eine gleichmässige Stimmung wieder, so dass Patient aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Beobachtung XIV.

Nach vorausgegangenen, mit schweren Gehirn-Erscheinungen verbundenen, Zuständen von Melancholie und Manie von längerer Dauer — periodische kurze, in Gruppen verlaufende Anfälle von Manie mit tiefer Störung.

Georg J., Landwirth, geboren 1845, nicht erblich belastet, gut begabt, aufgeweckt, heiter. — Gehemmte Entwickelung, Anämie.

November 1860 — Melancholische Verstimmung, Klagen über Brennen, Druck und Klopfen auf dem Herzen, bald darauf „rheumatisches Fieber“, gefolgt von neuralgischen Schmerzen in den Extremitäten, zu denen sich Krämpfe, wahrscheinlich von jenen Neuralgieen abhängige Reflex-Bewegungen, in den Armen und Beinen gesellten. Hierauf Hemmungen, namentlich in der Sprache, unbewegliches zu Bette-Liegen, grosses Schwäche-Gefühl. In der Folge vorübergehende Angstzufälle mit Gesichts-Täuschungen. Seit Anfang Jänner 1861 — Umschlag der Stimmung, trotziges, barsches, unfreundliches Benehmen, unruhiges sich Umhertreiben, sich Aneignen fremden Eigenthums. Kopfweh, Ohrensausen.

In der Anstalt — grosse Unruhe; die Muskel-Aktionen hatten aber nicht das Zweckmässige und Coordinirte der tobsüchtigen triebartigen Bewegungen, sondern glichen jenen der Chorea: J. konnte nicht ruhig auf den Beinen stehen, wechselte dieselben, drehte den Stamm, wandte den Kopf, verdrehte die Augen, machte stossweise Bewegungen mit den Armen — selten eine Minute lang ruhig. Alle diese Bewegungen geschahen stossweise, ungeordnet und unmotivirt; nur selten plötzlicher Antrieb zu zerstörenden Handlungen. Dabei gereizte Stimmung mit mässiger Störung der Intelligenz. Bald Wiederkehr der Ruhe.

Der sonst wohlgenährte kräftige Mensch war auffallend anämisch, der Puls klein, frequent und unregelmässig, die Haut trocken, die Genitalien sehr kümmerlich entwickelt (Anämie mit Entwicklungs-Hemmung).

In der Folge periodische Wiederkehr von 3 tobsüchtigen Paroxysmen — vom 10. bis 22. Februar, 3. bis 18. April und 17. bis 30. Mai. Plötzlicher Beginn mit melancholischer Einleitung — Verstimmung, Trägheit, Schweigsamkeit, Unaufgelegtheit. Dann stellten sich jene unruhigen Bewegungen ein, auf welche urplötzlich ein heftiger Ausbruch mit Schelten, Neigung zu verkehrten Streichen, zum Zerstören folgte und in kürzester Frist war die volle Tobsucht ausgebildet. In der ersten Hälfte des Paroxysmus war J. ausgelassen, heiter und exaltirt, sang, pfiff, sprach anhaltend in Bibelsprüchen, in selbst gemachten Worten, in Zoten; in der zweiten Hälfte war er weinerlich, schmerzlich und gereizt, fluchte und schalt, flehte und jammerte. Der Rede- und Bewegungsdrang, die stürmische Unruhe mit Zerstören und Gewaltthaten, die vorhandenen Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen liessen ihn bei Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen. Das ganze Gebahren trug den Charakter der kindischen Schwäche.

Der Kopf war hoch geröthet, die Augen funkelnd, die Muskulatur sehr gespannt, die Hauttemperatur erhöht, die Ernährung gesunken. Kopfweh und Gliederschmerzen.

Allmählicher Nachlass der Heftigkeit und Uebergang, durch ein Stadium grosser Verletzlichkeit und Empfindlichkeit, in den ruhigen Zustand.

Nach Ablauf des 3. Anfalls stellte sich ein längerer, befriedigender Zustand ein.

Während der folgenden Jahre kehrten gleichgeartete und annähernd gleich lange Anfälle zumeist in ähnlicher gruppenartiger Anordnung wieder. 1862 von April bis August — 4 Anfälle, 1863 von Mai bis November — 7 Anfälle, 1864 nur 1 Anfall im August, 1865 von März bis Juli — 4 Anfälle. In den kurzen Zwischenzeiten war Patient abgespannt, müde, gleichgültig und unstet; während er innerhalb der grossen, zwischen den Anfallsgruppen liegenden Intervallen keine auffälligen psychischen Störungen zeigte. —

Mit dem Jahre 1865 trat ein vorläufiger Abschluss ein, aber in späteren Jahren kehrten neue Anfälle wieder.

Im Anschluss an die geschilderte Form dürfte noch eine kleine Gruppe central bedingter periodischer Typosen zu erwähnen sein, welche im Allgemeinen die gleichen Charaktere zeigt, sich aber von dieser dadurch unterscheidet, dass die Anfälle in noch weit kürzerer Zeit ablaufen.

Diese vollkommen ausserhalb des Bewusstseins ablaufenden Paroxysmen dauern nur einen oder wenige Tage und nähern sich entschieden den epileptischen Anfällen. Sie äussern sich als direkte schwere Gehirn-Affektionen mit aktiver oder passiver Blutfülle des Gesichts, mit Gefäss-Erregung, Steigerung des Muskel-Tonus, allgemeiner Hyperästhesie, mit bis zur Verworrenheit ansteigenden Delirien, mit Sinnes-Täuschungen manichfachster Art. Dem Inhalt der Störung nach treffen wir — Mania acuta, Melancholia activa und bestimmt präcisirte Folie circulaire mit regelmässigem Typus.

Wir haben nur einige nach diesem Schema verlaufende Fälle beobachtet, auch in der Literatur sind deren nur wenige verzeichnet. —

Beobachtung XV.

Typisches cyklisches Irresein mit ganz kurzen Anfällen und schwerer Bewusstseins-Störung. Im Verlauf der viele Jahre dauernden Störung wiederholte Aenderung des Typus.

Frau Pfarrer Schl., geboren 1805, mit guten Geisteskräften und reichem Gemüth ausgestattet. Erbliche Belastung nicht bekannt.

1849 an Seelenstörung erkrankt, welche bald einen periodischen Charakter, unter der Form des cyklischen Irreseins, annahm und in der Folge bewahrte, während die Länge und die Erscheinungen der einzelnen Perioden im Laufe der Jahre wiederholt Aenderung erlitten.

In den ersten Jahren der Erkrankung bestund ein bestimmter Tertian-Typus (Unruhe am 1., Verstimmung am 2.,

Ruhe am 3. Tage), später (1854—59) wiederholten sich die Anfälle in wechselnden Zeitläuften von verschiedener Dauer, die, wie die freien Zeiten, nach Tagen, selten nach Wochen, gezählt werden mussten. Mit der Dauer des Leidens wurden die Anfälle im Allgemeinen etwas milder und die freien Zeiten länger. Waren aber die Letzteren von aussergewöhnlich langer Dauer, so pflegten im gleichen Verhältniss heftigere, gewöhnlich auch längere Paroxysmen zu folgen. Ein Zusammenhang mit bestimmten Gelegenheits-Ursachen war nicht nachweisbar; ob ein vorhandenes Uterin-Leiden (Chronische Metritis mit Hypertrophie) dabei mitbedingend war — ist aus den Erscheinungen nicht sicher hervorgegangen.

Dem Verlauf nach wurden die Anfälle meistens durch die 3 oben bezeichneten Stadien markirt, oft aber wurde die lichte Zeit übersprungen und ging ein Anfall unmittelbar in den andern über; oft waren die Uebergänge zur Unruhe so allmälige, dass der Anfang derselben nicht genau präcisirt werden konnte. Die freien Zeiten zeigten bald mehr die Färbung der Exaltation, bald die der Depression, je nachdem sie dem Anfangs- oder Ausgangs-Stadium des Anfalls näher standen.

Die Aufregung von wechselnder Stärke, begann gewöhnlich mit grosser Heiterkeit, Beweglichkeit, Geschwätzigkeit, Geschäftigkeit, Pläneschmieden, geziertem Wesen, Rücksichtslosigkeiten gegen den Anstand, verliebte Anspielungen; sie ging bald in, bis zu verworrener Ideenflucht, gesteigerten Rede- und Bewegungsdrang, bald mit vorherrschend heiter und frivol exaltirter, bald gereizter und heftiger Grundstimmung, über. Schwatzen, Beten, Deklamiren, Predigen, Nachahmen von Thierlauten, endlich mit so sich überstürzendem Drange, dass nur noch einzelne Worte und Laute mit krampfhafter Steigerung des Accents hervorkamen. Mannigfache Muskel-Aktionen, Umherspringen, Verstellen, Zerstören, Spielereien und Schmutzereien, rücksichtsloses Entblössen. Bald complimentös zudringliches, bald gereiztes, heftiges, selbst agressives Auftreten. Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Gefühls von grosser Intensität. Der Aufregung parallel ging — Congestion

des Kopfes, erhöhte Hauttemperatur, beschleunigte Puls-Frequenz, gesteigerter Muskel-Tonus, lebhaftes Mienenspiel. Wiederholte Anschwellung der rechten Parotis und der linken Lingual-Drüse z. Z. des Anfalls, mit Abschwellung nach demselben.

Auf der Höhe der Erregung wurde der Inhalt der Vorstellungen schmerzlich — damit Uebergang in das Stadium der Depression. Jetzt vollständige Aenderung — Blick matt, Züge hängend und schmerzlich, Gesicht blass, Haltung gebrochen, Athmung seufzend, Aeusserungen karg und kläglich. Gefühl von Schwäche, von Frost und Hitze, von Engigkeit, von Todtsein etc. Allegorisch gedeutete Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Intercostal-Neuralgie, Druck im Magen, Brennen im Leibe beim Uriniren, Schmerzen in der Inguinal-Gegend, in den Armen etc. Sehr verminderte Esslust. Mächtige Herrschaft peinlicher Hallucinationen. Grosse psychische und sensorielle Hyperästhesie.

Unter erleichternden Schweissen erfolgte der Uebergang in die relativ freie Zeit.

Während der Jahre 1859—62 (in der Privatpflege) wurde ein ähnlich wechselndes Krankheitsbild beobachtet. Dann bildete sich allmälig ein neuer Typus von ganz originellem Charakter aus, der während der folgenden Zeit der Anstaltsbeobachtung, mit nur geringen Schwankungen, inne gehalten wurde.

Nach einem 6—8 Wochen dauernden ruhigen Zeitraum begann eine melancholische Verstimmung, welche in 1—3 Tagen zu steiler Höhe anstieg, um dann rasch in lebhafte maniakalische Aufregung umzuschlagen, welche 48 Stunden währte, um dann wieder von einem 2—5tägigen Depressions-Zustand gefolgt zu werden. Nun wechselten in regelmässiger Weise, noch durchschnittlich 3mal, ein meist 2 Tage dauerndes maniakalisches, mit einem mehrtägigen melancholischen Stadium ab, deren letztes in jähem Abfall in den anfallsfreien Zeitraum überging.

Die Aeusserungen der einzelnen Stadien waren im All-

gemeinen der früheren Schilderung entsprechend. Die Depression war eine sehr tiefe. Die Kranke ward von heftiger Angst und innerer Unruhe beherrscht. Sie litt an allgemeiner Hyperästhesie, an vielen Neuralgieen, an Delirien des Gesichts und Gehörs schrecklichen Inhalts. Die gedrückte Stimmung führte bald zu Selbstvorwürfen, „eine grosse Sünderin, eine Ehebrecherin zu sein"; letztere Vorstellung entsprach dem jeweils wiederkehrenden Wahn der Gravidität. Das Gefühl der übergrossen Schuld erzeugte Selbstmord-Gedanken.

Auf dem Höhepunkte der ängstlichen Unruhe trat in der Nacht der Umschlag in maniakalische Exaltation ein. Die Persönlichkeit war plötzlich wie umgewandelt. Dreister Blick, glänzende Augen, expansive Stimmung, grosser Bewegungs- und Rede-Drang mit Präcipitation und Verworrenheit der Vorstellungen mit Assonanz und Alliteration, erotische Reden und Gesänge. Der aus der Depression herübergezogene Wahn der Schwangerschaft (sich auf eigenthümliche Bewegungen im Leibe und eine Lumbo-Abdominal-Neuralgie basirend) führte nun zu der Vorstellung, nahe der Entbindung und zwar von einem „Prinzen" zu sein, woran sich ein ungestüm geschäftiges Treiben zur Vorbereitung für Geburt und Taufe anschloss. Die Exaltation ging nach den verschiedenen geschilderten Phasen wieder in Depression über.

Nachdem alle Phasen des Anfalls abgelaufen waren, trat eine grosse psychische und somatische Erschöpfung ein, welche den Beginn des Intervalls ankündigte. Dieses war niemals ein vollkommen freies, es blieb vielmehr, neben einem mässigen Grade nur langsam zunehmender psychischer Schwäche, stets ein leicht melancholischer Grundton der Stimmung bestehen, der sich Nachts öfter steigerte bis zu Sinnes-Delirien, welche aber in diesem Stadium niemals für reale Eindrücke genommen wurden. Gleichzeitig blieb eine Neigung zu Kopfweh und zu Neuralgieen bestehen, während die gesunkene Körpernährung sich wieder allmälig hob.

1867 wurde Patientin anderweitiger Pflege übergeben.

II. Sekundär ausgelöste Psychosen mit periodischer Wiederkehr.

Haben die bisher geschilderten Krankheitsgruppen der periodischen Psychose im engeren Wortsinne — bei vielen ganz wesentlichen und wie ich zu schildern suchte, für die einzelnen Formen geradezu charakteristischen Differenzen — das gemeinsam, dass ihnen ein immanenter Typus innewohnt, der, wenn er auch durch äussere Verhältnisse beeinflusst, modificirt werden kann, doch an sich vollkommen genügt, die Anfälle auszulösen, so haben wir diesen eine andere äusserlich sehr ähnliche, ihrem Wesen nach aber verschiedene, Krankheitsform gegenüber zu stellen, bei welcher es sich nicht um eine direkt vom Central-Nervensystem ausgelöste Symptomen-Reihe handelt, wo es vielmehr jeweils eines excentrischen organischen Faktors bedarf, der durch Vermittelung der Nerven- oder Blut-Bahnen das Gehirn bestimmt, mit einem Anfall zu antworten.

Selbstverständlich können wir einen Typus für die Zeit des Eintritts dieser Anfälle nicht erwarten, diese werden sich eben einstellen, so bald und so oft die peripheren Bedingungen stark genug entwickelt sind, um solche zur Reife zu bringen; können dieselben sich somit unter günstigen Umständen auch mit einer gewissen Regelmässigkeit wiederholen, so treten sie doch viel häufiger in wechselnden Zeiträumen auf. Dagegen wird der Anfall, sobald er einmal angefacht ist, stets auf die gleiche Weise in Scene treten, die gleichen Initialerscheinungen

zeigen, auf gleiche Weise zur Höhe ansteigen und wieder abfallen, endlich die gleichen psychischen und somatischen Erscheinungen bieten, kurz es werden sich die einzelnen Anfälle mehr oder weniger vollkommen gleichen. In dieser Verlaufsweise glauben wir die Berechtigung zu finden, diese Krankheisformen den periodischen Störungen an die Seite zu stellen.

Weit entfernt natürlich — wie es von älteren Autoren geschah — den eigentlichen Entstehungsherd dieser Psychosen in peripheren Organen oder Nerven suchen zu wollen, müssen wir auch hier einen krankhaft veränderten Zustand des Central-Nervensystems voraussetzen, der auch an sich schon manche abnormen Erscheinungen bieten mag und der jedenfalls als anatomisches Substrat für die Symptome der Störung dienen muss. Diese Gehirn-Veränderung bietet aber nur den krankhaften Boden, die Prädisposition für die Anfälle, sie reicht allein nicht aus, um die charakteristischen psychopathischen Symptomenbilder hervorzurufen; es bedarf vielmehr einer weiteren und zwar peripher gelegenen Einwirkung, um die disponirten Gehirnfasern zu der specifischen Reaktion anzuregen.

Ueber die Genese der also sekundär ausgelösten Anfälle, welche noch theilweise auf hypothetischem Boden steht, möchten wir uns nur mit einer gewissen Reserve aussprechen. Für dieselben scheinen uns zwei Wege vorgezeichnet, deren einer durch die Nerven-, der andere durch die Blut-Bahnen geht; hieraus resultiren zwei pathogenetisch wesentlich verschiedene Untergruppen der hier zu schildernden Psychosen.

Die Anfälle mit peripherem Ausgangspunkte, welche durch die Nervenbahnen vermittelt werden, zeigen eine gewisse Analogie mit den reflectorisch ausgelösten epileptischen Anfällen; wie zu deren jeweiligem Auftreten ein aus der Peripherie stammender, durch das Residuum einer Verletzung, durch einen Fremdkörper oder dergl. einwirkender und von da centripetal fortgeleiteter Nervenreiz das prädisponirte Central-Organ treffen muss, ebenso werden auch hier von einer peripheren Nervenbahn aus — so oft sich die entsprechenden Vor-

bedingungen einstellen — auf reflektorischem Wege Anfälle von Geistesstörung ausgelöst.

Wir bezeichnen desshalb diese, der Reflex-Epilepsie analogen Störungen, als Reflex-Psychosen — nach dem Vorgange Köppe's.

Der zweite Weg, auf welchem extra-cerebrale Vorgänge Anfälle von Geistesstörungen hervorrufen, geht — nach unsern Beobachtungen — durch die Blutbahnen, indem Störungen der Circulation in absolut oder relativ peripher gelegenen Theilen durch Wallungen oder Stauungen in den Gefässen des Gehirns, zeitweilige Störungen der psychischen Funktionen setzen.

Ueber die Häufigkeit der hier in Betracht kommenden Fälle fehlt uns z. Z. noch ein bestimmtes Urtheil, doch scheint es nach den bisherigen Beobachtungen, als ob dieselben seltener, als die central bedingten Typosen seien.

Zeigen auch die Krankheitsbilder bei dem gleichen Individuum — wie oben angegeben — bei jeder Wiederkehr stets den gleichen Charakter, so dürfte dagegen — bezüglich der Symptomatologie, der Dauer und des Ablaufs der Anfälle — keine allgemeine Schilderung für die uns hier beschäftigende Form zu geben sein, da die einzelnen, unter sich genetisch verschiedenen, Fälle sich eigenartig zu gestalten pflegen. Jedenfalls überwiegen auch hier die maniakalischen Zustände, die aber bald kürzere, bald längere Dauer, bald mehr, bald weniger tief gestörtes Bewusstsein zeigen, und dem entsprechend bald Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen im Gefolge haben, bald nicht. Melancholische Vor- und Nach-Stadien wurden hier weniger constant beobachtet.

Das psychische Krankheitsbild scheint wenigstens zum Theil davon abzuhängen, von welchem Organ, resp. von welchen peripheren Nervenbahnen, die Anfälle ausgelöst werden. Diese Ausgangspunkte können ohne Zweifel sehr verschiedene sein, wohl aber bedarf es jeweils eines gewissen Grades peripherer nervöser Beeinflussung oder einer entsprechenden Aenderung der Cirkulations-Verhältnisse, um eine centrale Störung hervorzurufen.

Unter den mannigfaltigen ätiologisch wirkenden Faktoren erwähnen wir hier in erster Linie gewisser Uterin-Leiden, unter denen die chronische Metritis mit Geschwürs-Bildung an der Portio vaginalis voransteht. Schon nach der gewöhnlichen gynäkologischen Erfahrung ist das genannte Sexual-Leiden dadurch ausgezeichnet, dass in der Regel das ganze Heer sekundärer Sensibilitäts-Störungen durch die glücklich gelungene Lokal-Behandlung sich zurückbildet. Nach Monaten stellen sich die Patienten wieder vor mit den alten Klagen und bei der Untersuchung ist das Geschwür wieder das alte, die Metritis hat zugenommen. Statt einfacher Sensibilitäts-Störungen sind nun sehr häufig psychische Alterationen und zwar bestimmte Krankheitsbilder mit typischem Verlaufe mit dem besprochenen Sexual-Leiden verknüpft und treten jedesmal mit Recrudescenz des letzteren in Scene; während eine rationelle, gegen das Lokalleiden gerichtete, Therapie in vielen Fällen die schlagendsten Erfolge aufzuweisen hat. Hier liegt die Ursache der Periodicität nicht zum geringsten Theile im peripheren Gebiete und zwar kann es sich hier bei der bekannten hochgradigen nervösen Irritabilität der weiblichen Sexual-Sphäre nur um Reflex-Psychosen handeln.

Beobachtung XVI.

Chronisches Uterin-Leiden. Unregelmässige, aber nach dem gleichen Schema verlaufende, maniakalische Anfälle mit ziemlich schwer gestörtem Bewusstsein und ausgesprochenem sexuellen Inhalt.

Henriette R., ledig, nicht erblich disponirt, geboren 1825. Aufgeben eines Liebes-Verhältnisses in Folge mütterlichen Gebotes, hierauf — 1848 — 1. Anfall von Störung — mit Exacerbation zur Zeit der Menses.

In der Folge alljährlich 1—2 Anfälle von längerer Dauer. Seit 1864 — zahlreiche Anfälle in der Anstalt beobachtet:

Neurotisch - melancholisches Vorstadium, verdriessliche Stimmung, Intercostal-Abdominal-Trigeminus-Neuralgieen, Verdauungs-Störungen. Dann — Wallungen nach dem Kopfe, Kopfweh, Schwindel, etwas beschleunigter Puls, voller Carotiden-Schlag, psychische Aufregung, choreaartige Unruhe, Grimassiren, Gestikuliren etc. Sexuelle Richtung der Erregung, Heirathsgedanken, Liebes-Phantasieen, wollüstige Bewegungen; bei mehr gestörtem Bewusstsein — hallucinatorisches Sehen und Hören von Mannsleuten, Entblössen der Genitalien etc. Auf der Höhe der Erregung jeweils — grosse Gereiztheit mit Schelten und Zerstören. Stimmungs-Wechsel, Verworrenheit. Exacerbationen zur Zeit der Menses. Nachstadium dem Vorstadium ähnlich.

Anfälle — unregelmässig, bald mehr bald minder hochgradig, aber mit den gleichen Symptomen verlaufend.

Intervalle — verschieden lang; während derselben reissende Gliederschmerzen (excentrische spinale Erscheinungen); allmälig zunehmende psychische Schwäche.

Ein Uterin-Leiden (Lage-Veränderung mit chronisch entzündlichen Zuständen), wohl seit dem 1. Anfall bestehend, mit Menstrual-Störungen, Unregelmässigkeiten, Pausiren der Menses, Menorrhagieen, Menstrual-Koliken, Fluor albus, löst hier, wahrscheinlich in Folge zeitweiliger Exacerbationen, die Anfälle aus.

An diese auf nachweisbarer Erkrankung der Sexual-Sphäre beruhenden Typosen reihen sich die nicht seltenen Fälle an, welche an die Menstruation geknüpft sind, deren neuerliche eingehende Schilderung wir Krafft-Ebing* verdanken. Hier ist es also ein an sich physiologischer Vorgang in einem peripheren Organe, welcher die Anfälle der Psychose

* Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation; Archiv für Psychiatrie, Band VIII, Heft I.

Vergl. auch Weiss „Psychiatr. Studien" aus der Klinik von Professor Leidesdorf p. 24 u. 84.

auslöst. Bei der hochwichtigen Bedeutung der Uterin-Funktion für das ganze Nervenleben der Frau, bei der bekannten Thatsache, dass auch continuirliche Psychosen in mannigfaltiger Weise von den Menses beeinflusst werden, oft in dieser Zeit exacerbiren, bei günstigem Verlaufe die Heilung erst mit der regelmässigen Wiederkehr der bis dahin cessirenden Periode als gesichert betrachtet zu werden pflegt, ist deren Einfluss auf Entstehung periodisch wiederkehrender Psychosen nicht überraschend.

Krafft-Ebing hat unter 19 Fällen von periodischer Menstrual-Psychose bei 12 neuropsychopathische Erscheinungen bei der Ascendenz, somit eine erbliche Belastung, nachgewiesen, welche in einer neuropathischen Constitution der Betroffenen sich äusserte (Hysterie, leichtes Irresein, Schwachsinn), er sieht in derselben mit Recht die für die Psychose Ausschlag gebende Prädisposition, während der Einfluss der funktionellen oder organischen Störungen in den Sexual-Organen (die zum Theil sehr wenig belangreich sind) nur eine sekundäre Rolle spielt. Er folgert hieraus, dass der normale Menstruations-Vorgang — und zwar, aller Wahrscheinlichkeit nach, der periodisch wiederkehrende, mit der Ovulation gesetzte Erregungs-Vorgang der Ovarial-Nerven — an und für sich genügen kann, um das abnorm erregbare Gehirn im Sinne einer Psychose zu beeinflussen — namentlich wenn diese die gleichen Bahnen bereits durchmessen hat. In Folge dieser peripher ausgelösten vasomotorischen Innervations-Störungen entwickeln sich mit Eintritt der Anfälle nahezu constant erhebliche Fluxions-Erscheinungen des Gehirns; diese, sowie die psychischen Symptome, der tarde Puls, die meist sehr rasch, durchschnittlich in 1—2 Wochen verlaufende, Störung — bieten das Bild einer Wallungs-Hyperämie des Gehirns.

Die weitaus häufigste Form der Menstrual-Psychose ist die periodische Manie, welche bald mässige, bald hochgradige Erregungs-Zustände darstellt, sehr oft mit Hallucinationen verbunden. In der überwiegenden Zahl der Fälle spielt im Inhalt der Störung das sexuelle Element eine bald geringere, bald

grössere Rolle (Coquetterie und Heirathslust bis ausgesprochene nymphomanische Erregung mit entsprechenden Delirien und wollüstigen Bewegungen). Die weit selteneren melancholischen Fälle kennzeichnen sich meist durch Stupor und grosse motorische Gebundenheit.

In den intervallären Zeiträumen finden wir Symptome der neuropathischen Constitution und bei lange dauernden Fällen Erscheinungen fortschreitender psychischer Schwäche.

Beobachtung XVII.

Seit dem letzten Puerperium jeweils an die Menstruation geknüpfte Anfälle von Manie mit schwerer Störung. Intervalle geraume Zeit relativ frei, in den späteren Jahren wurden auch die Elemente der Störung in Dieselben herübergezogen.

Frau W., geboren 1820, in der Jugend gesund, sittlich.

Ein Bruder und eine Schwester nicht völlig geistesgesund.

Verheirathet 1845, dreimal geboren; schon bei der ersten Niederkunft (1849) leichte Störung (Melancholie).

Seit 1853 (nach dem letzten Puerperium) periodische Zustände von Manie, regelmässig zur Zeit der sonst nicht gestörten Menstruation, 10—12 Tage dauernd.

Exaltation, grosse Reizbarkeit, Streitsucht, Schelten, grosse Bewegungslust. Verworrener Gedankendrang, unklare, religiöse Delirien, Drang zur Gottes-Verehrung und zum Umherziehen auf Wallfahrten.

Aufgenommen in Illenau — 1865.

Anfangs wurden die Erregungs-Zustände von Zeiten relativer Ruhe und Besonnenheit unterbrochen, später waren auch die Zwischenzeiten merklich gestört — habituelle Aufregung und Störung mit religiösen und Verfolgungsideen, stets aber Exacerbation z. Z. der Menses.

Keine Uterin-Erkrankung nachweisbar.

Beobachtung XVIII.

Menstrual-Psychose. Zur Zeit der Regeln periodisch auftretende Anfälle von Manie mit mässiger Störung des Bewusstseins. Paroxysmen von kurzer Dauer, ungleich in Länge und Intensität, aber gleich in ihrem Grund-Charakter.

Katharina F., von excentrischem und reizbarem Vater abstammend; mittelbegabt, unwissend, sanguinisch und lebhaft.

Seit dem 18. Lebensjahr — ohne äusseren Anlass — Anfällen von Seelenstörung unterworfen, welche sich an die selten regelmässige, bald zu frühe, bald zu spät eintretende Menstruation anschlossen; die Paroxysmen wurden bald mit ihr eröffnet, bald abgeschlossen, bald erschienen sie mitten in ihrem Verlaufe.

Viele Jahre auf freiem Fusse, wechselte sie in ihrer Unruhe beständig ihren Dienst und äusserte in ihren exaltirten Vorstellungen bald religiöse Schwärmerei, bald Heirathslust.

Mit dem 25. Jahre — Aufnahme in die Anstalt.

Die hier beobachteten Anfälle waren an die Menstruation gebunden und von gleichem Grund-Charakter, dagegen von ungleicher Länge und verschiedener Intensität. Sie betrugen 3—8 und mehr Tage und waren von 2—4wöchentlichen Intervallen unterbrochen.

Bei geröthetem Gesicht und glänzenden Augen bestund grosse Exaltation. Die Kranke war unruhig, lebhaft, lachte laut, klagte Andere an, schrie und war zu zerstörenden und gewaltthätigen Handlungen geneigt. —

Vom 37. bis 41. Jahre schwiegen die Anfälle, um dann wieder mit grösserer Intensität und längerer Dauer sich einzustellen.

Plötzlicher Beginn mit Schmerz im Vorderkopf, leichte Erregung, heitere Laune und Ausgelassenheit. Bald grosse Beweglichkeit des Vorstellungslebens. Geschwätzigkeit, Neigung zum Gesang, lebhafte Gedanken-Reproduktion, grosse Wandelbarkeit der Stimmung, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Geschäftig-

keit ohne Ueberlegung, sexuelle Aufregung mit Heirathslust und obscönen Reden. Geröthetes Gesicht, beschleunigte Herzthätigkeit, verstärkter Carotiden-Puls; Schmerz im linken Hypochondrium, oft papulöses Exanthem auf der Stirne. Rascher Abfall zur ruhigen Zeit. Keine melancholischen Stadien.

In den Intervallen — einige Schwäche im Vorstellungsleben und mässige Reizbarkeit, aber Krankheits-Bewusstsein; in späteren Jahren — allmälige Zunahme der intellektuellen Schwäche. — Tod — vom Darmkanal aus.

Es liegt die Annahme sehr nahe, dass in ähnlicher Weise mannigfache pathologische Zustände oder irritirende Einwirkungen von verschiedenen organischen Provinzen her in periodischer Weise Anfälle von Seelenstörung auslösen können. Es dürfte uns aber kaum möglich sein, diese verschiedenartige Pathogenese auch nur einigermassen erschöpfend zu behandeln, denn, während die meisten von der spärlichen Literatur gebotenen casuistischen Mittheilungen der genügenden Sicherheit entbehren, beschränken sich die von uns selbst beobachteten Fälle auf eine kleine Zahl. Da auch bei diesen die hier in Frage kommenden Punkte nicht immer zweifellos festgestellt werden konnten, so möchten wir die aus denselben gezogenen Schlüsse nur mit allem Vorbehalt geben; vielleicht dass dadurch von anderer Seite ergänzende oder verbessernde Mittheilungen angeregt werden. Wir beschränken uns somit, aus unserem eigenen Beobachtungskreise einige Beispiele kurz anzuführen.

So haben wir zwei Fälle beobachtet, in welchen bei bestehendem Herzleiden von Zeit zu Zeit gleichgeartete Anfälle von Seelenstörung auftraten, welche wir nach Erscheinungen und Verlauf auf jenes zurückführen zu müssen glaubten. Die Anfälle werden hier wohl nicht durch die Nervenbahnen auf dem Wege des Reflexes ausgelöst, vielmehr sind es die durch das Vitium cordis bedingten Wallungen oder Stauungen des Blutes im Gehirn, welche, auf dem Boden einer krankhaften Disposition, jeweils wieder den Ausbruch der Störung vermitteln,

und desshalb treten auch diese Paroxysmen mit ausgesprochenen Erscheinungen von Gehirn-Hyperämie in Scene; zugleich stellt sich mehr oder minder grosse Gefäss-Aufregung ein, frequente oder unregelmässige Herzthätigkeit, Palpitationen und Dispnoë. Ferner pflegen Kopfweh, Schwindelgefühle und andere cephalische Sensationen im Initialstadium nicht zu fehlen. Die Paroxysmen sind durch mehr oder minder tiefe Bewusstseinsstörung charakterisirt, mit Illusionen und Hallucinationen, namentlich des Gehörs, durch Erregung höheren Grades oft mit gewaltthätigem und zerstörendem Gebahren.

Als genetisch verwandt mit den oben geschilderten dürfte wohl ein von uns beobachteter Fall aufzufassen sein, in welchem (allerdings neben psychisch einwirkenden Momenten) eine starke Schwellung der Schilddrüse, die jeweils zur Zeit der Menstruation zunahm, den peripheren Faktor für die periodischen Anfälle abzugeben schien. Hier behinderte der Druck der Thyreoidea auf die grossen Halsvenen den Rückfluss des Blutes aus dem Kopfe, der Art, dass bedeutende passive Congestionen des Gehirns regelmässig zur Zeit der Anfälle vorhanden waren — während zu anderen Zeiten lange den hämostatischen Mitteln widerstehende Nasenblutungen bestanden. Die Störung des Bewusstseins erreichte auch hier einen höheren Grad und war mit Hallucinationen des Gehörs und Geruchs verbunden.

Etwas complicirter ist der Vorgang bei einigen organisch bedingten, nicht das Gehirn selbst betreffenden, aber dasselbe indirekt, etwa mechanisch, schädigenden Anomalien, welche derartige Veränderungen im Gefolge haben, dass es nur der einige Zeit fortgesetzten Einwirkung gewisser Schädlichkeiten bedarf, um die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen; wiederholt sich dieser Circulus stets wieder — so bietet sich uns auch hier das Bild einer periodisch sich einstellenden Psychose.

Einen interessanten Beleg für diese Genese bilden die Fälle einer durch vorzeitige Verwachsung der Nähte bedingten Missformung des Schädels, welche eine Disproportion

zwischen der Knochenschale und ihrem Inhalt, dem Gehirn, zur Folge hat.

Hier beherbergt der Betroffene die krankhafte Disposition lange in seinem Körper, aber er leidet nicht thatsächlich, bis geistige oder körperliche grössere Leistungen, Genuss von Alkoholika oder Anderes, das bei dem normal Gebildeten keinerlei Nachtheile setzt, in continuirlicher Weise einwirkt; täglich kommt dadurch ein neuer Zuwachs zu der bestehenden Disproportion, welche so allmälig mehr und mehr anwächst, bis endlich hochgradige Cirkulations-Störungen sich ausbilden — in Folge deren die Gehirn-Erkrankung in Form der Psychose ausbricht. Diese läuft — unter den günstigen Verhältnissen der Anstalt, während die Cirkulations-Störungen wieder gehoben werden — in regulärer Weise ab und wird von einem Zustande relativen Wohlseins gefolgt. Allein die Disposition ist gegeben, die Bahn ist vorgezeichnet, so dass es künftig nur eines verhältnissmässig geringen Reizes bedarf, um die früheren Cirkulationsstörungen und die aus ihr resultirende Psychose immer nach einer gewissen Zeit von Neuem zum Ausbruch zu bringen. Diese wird, weil auf der gleichen anatomischen Grundlage beruhend, jeweils wieder das gleiche Krankheitsbild zeigen. —

Beobachtung XIX.

Durch vorzeitige Naht-Synostose bedingte Schädeldeformität; Intoleranz gegen Alkoholika. Seit dem 47ten Lebensjahre Anfälle von Manie mit starken Kopf-Congestionen; verschieden lange Intervalle.

Ludwig M., Geistlicher, geboren 1808. Erblichkeit nicht bekannt.

Von sehr reizbarem, heftigem Temperamente, „das Blut stieg ihm oft gegen den Kopf.“ Leicht heiter erregt, aber auch durch jedes unerwartete Ereigniss verstimmt.

M. wurde durch mässige Mengen Bier oder Wein

so angeregt, dass man ihn leicht für angetrunken hielt; er war aber durchaus kein Trinker, führte ein geordnetes Leben.

Körperlicherseits bestand grosse allgemeine Körperfülle mit starkem Paniculus adiposus, grosses Körpergewicht, Struma, vor Allem aber eine auffallende Deformität des Kopfes in der Form eines ausgesprochenen mit Asymmetrie verbundenen Spitzkopfs. —

Dezember 1855 — ohne genügende äussere Ursache — Anfall von Manie, der die Aufnahme in die Anstalt erheischte und sich von da ab in periodischer Weise wiederholte.

Krankheitsbild der Paroxysmen: Längeres Depressives Vorstadium von mässiger Intensität; gedrückte Stimmung, stilles einsilbiges Verhalten, Unlust zur Thätigkeit, Indolenz. Hierauf folgte ein rasch sich vollziehender Umschlag zur Exaltation. Hiemit entschiedene Kopf-Congestion — Gesicht geröthet und gedunsen, Conjunctivae injicirt (in den ersten Anfällen so stark hervortretend, dass, neben Digitalis und Eisumschlägen im warmen Bade, wiederholte grössere örtliche Blutentziehungen angezeigt erschienen); Puls voll und gespannt, zeitweise frequent; Achse des linken Auges stark nach Aussen gerichtet. Schlaflosigkeit, gesteigerter Durst.

Rasch zur Höhe ansteigende Manie mit sehr gehobenem Selbstgefühl. Grosser Gedankendrang, Pläneschmieden, Obscönitäten. Hochgradige motorische Unruhe bei Tag und bei Nacht; mimische Gesichts-Verzerrungen, Gestikulationen, die sonderbarsten Bewegungen, alle mit Ungestüm und Hast ausgeführt.

Stimmungs-Wechsel, Umschlag der heiteren jovialen Laune in grosse Gereiztheit und masslose Heftigkeit mit Schelten und Drohen, mit zerstörenden Handlungen und Gewaltthaten. Endlich schwer gestörtes Bewusstsein mit Verworrenheit, Wahnvorstellungen, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Verkennen aller Verhältnisse und der umgebenden Personen, welche dann constant mit „Du“ angeredet wurden; Schreien, Lärmen

Schmieren, Verkehrtheit in der Kleidung, im ganzen Benehmen, grösste Unordnung des Zimmers.

Im Stadium der Remission — heitere Stimmung, freundliches Wesen, Lust zum Predigen, Schreiben, Dichten, Drang zum Kneipen.

Melancholisches Nachstadium. —

Die geschilderten Anfälle kehrten — in den wesentlichen Erscheinungen gleich — vom Jahre 1857 bis zum Tode (1875) stets wieder; sie begannen mit einem längeren (bis 2—3 Monate dauernden), aber nicht intensiven, Stadium melancholicum, welchem die Manie auf dem Fusse folgte; diese konnte 4—6, aber auch 9 Monate dauern, gefolgt von einem ebenfalls protrahirten depressiven Nachstadium, nicht selten auch von einem nochmaligen kürzeren Exaltationszustand ausgelöst — dem sich alsdann das anfallsfreie Intervall anschloss. Dieses war, wie die Anfälle, von verschiedener Länge (1/2—2 Jahre und selbst mehr betragend), es charakterisirte sich durch mässige, allmälig zunehmende psychische Schwäche, öfter mit den Erscheinungen der apathischen Melancholie gemischt.

In den lezten Lebensjahren machten sich die Erscheinungen eines chronischen Herzleidens geltend, ohne übrigens die psychische Erkrankung zu beeinflussen; hiezu trat 1875 ein allmälig sich verallgemeinender Hydrops, der im Juni gleichen Jahres das letale Ende zur Folge hatte. —

Die Autopsie ergab im Wesentlichen Folgendes:

Weit verbreitetes Unterhautzellgewebs-Oedem, starkes Fettpolster.

Schädel: Längs-Durchmesser des Schädeldachs klein — während der Höhendurchmesser sich entschieden vergrössert zeigt (ausgesprochener Spitzkopf); die Sutura coronalis vollständig verstrichen, selbst an der Innenfläche der Calvaria kaum angedeutet; die linke Hälfte des Stirnbeins abgeflacht, nach oben abgeschrägt, die rechte Schädelparthie dadurch höher als die linke. Clivus auffallend verlängert und mehr in einer schiefen Ebene (nicht steil) sich zum Foramen occipitale herab-

senkend, die vorderen, das Foramen occipitale bildenden Knochenleisten in die Länge gezogen, das Foramen selbst mehr ellipsoid (Thierform). Schädeldach sehr dünn, Diploë erhalten.

Dura mater unablösbar fest, mit dem Stirntheil des Schädels verwachsen; auf der rechten Hälfte der Innenfläche frische pachymenigiitische Auflagerungen, auch auf die Falx cerebri herunterziehend. Pia mater ödematös und blutreich, mässig getrübt und verdickt, leicht abziehbar.

Ziemlich starke Atrophie des Vorder- und Mittelhirns. Arteriae vertebrales, Carotides internae und Arteriae fossae Sylvii stark atheromatös entartet.

Hirnsubstanz ödematös, Gefässe überall stark erweitert und sich beim Schneiden nachziehend, Corticalis blass, verwaschen, nicht scharf von der Marksubstanz abgegrenzt. Seiten-Ventrikel nicht erweitert, Ependym verdickt; rechtes Vorderhorn mit dem Corpus striatum verwachsen, dieses hiedurch abgeflacht und in die Länge gezogen.

Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen. Hypertrophia cordis, in specie ventriculi sinistri; Insufficentia valvulae mitralis; Atherosis Aortae; Oedema pulmonum et Infarctus haemorrhagicus. Hepar adiposum.

Verlauf und Ausgänge.

Wir haben, bei Betrachtung der einzelnen Formen, eine Darstellung des Ablaufs der verschiedenen in periodischer Weise wiederkehrenden Anfälle zu geben versucht und dabei jeweils auch den weiteren Gang der Erkrankung berücksichtigt, hier erübrigt uns somit nur noch, eine kurze übersichtliche Darstellung zu geben, wie sich der ganze Verlauf dieser Störungen zu gestalten und welche Ausgänge dieselben zu nehmen pflegen.

Wie bereits erwähnt, ist ein ganz gleichmässiger Verlauf, eine vollkommen regelmässige Wiederkehr der Anfälle, namentlich bei viele Jahre bestehenden Typosen, durchaus nicht häufig. Ausser kleineren Schwankungen in Bezug auf Dauer und Intensität der Erscheinungen, begegnen wir zunächst nicht selten der Transformirung des Anfalls-Typus mit veränderter Dauer und modificirten Erscheinungen der Anfälle; diese pflegen nun in der neuen Gestaltung wieder Jahre lang zu verlaufen — oft bis zum Tode.

Manche Fälle büssen nach langer Zeit eingehaltener mehr oder minder präciser Regularität — wohl unter dem Einfluss fortschreitender anatomischer Veränderungen — allmälig diese ein; entweder wird der Typus irregulär, oder die Anfälle werden in ihrer Intensität abgeschwächt, während zugleich in den Intervallen mehr psychische Krankheits-Symptome hervortreten; dadurch wird der Typus verwischt, es wird aus der intermittirenden eine continuirliche Psychose, welche nur noch Remissionen und Exacerbationen zeigt. Bei der lezteren Ver-

laufsart entspricht das neue Krankheitsbild häufig der Dementia mit Aufregungszuständen, kann aber auch den Charakter der Manie, der Melancholie und selbst den der Verrücktheit zeigen. Die meisten Fälle, namentlich die rein centralen Typosen mit langen Anfällen, pflegen auf eine oder die andere geschilderte Weise ihren Ausgang zu nehmen.

Eine andere, weit seltenere, Verlaufsart führt zum allmäligen Erlöschen der Anfälle. Diese können spurlos verschwinden, aber es tritt keine völlige Restitutio in integrum ein, vielmehr bleiben die intervallären Schwäche-Symptome (intellektuelle Schwäche, Willen-, Gemüthlosigkeit, Reizbarkeit etc.) in mehr oder minder hohem Grade bestehen, es handelt sich also um Genesung mit Defekt.

Endlich beobachteten wir auch Fälle, in welchen die Paroxysmen, nach längerem Bestehen, allmälig sowohl bezüglich der Dauer, als der Intensität der Erscheinungen abnehmen, so dass nach und nach die maniakalischen Anfälle nur noch durch einzelne aufgeregte Tage, mit trüben Stunden abwechselnd, ersetzt werden. Während auch diese in der Folge sich völlig verlieren, kehrt bald früher, bald später, die gesunde psychische Leistungsfähigkeit in ihrem vollen Umfange wieder — hier handelt es sich also um völlige Genesung. Dieser Ausgang dürfte wohl der seltenste sein, indem wir denselben unter der grossen Zahl unserer direkt central ausgelösten Fälle nur wenige Male beobachteten. Interessanter Weise gehörten alle diese günstig verlaufenden Fälle der Gruppe der Typosen mit kurzen Perioden an. Die Genesung trat in der Regel bei erst wenige Jahre dauernden Erkrankungen, nur einmal nach längerem Bestehen ein.

Auf andere Weise muss sich natürlich der Verlauf bei den Psychosen mit peripher ausgelösten Anfällen gestalten — wie oben eingehend erörtert wurde — verschieden je nachdem die peripheren Bedingungen aufgehoben oder verändert werden können, oder nicht. Genesungen werden auch hier beobachtet.

Hiernach muss die Prognose der periodischen Psychosen im Allgemeinen als ungünstig gestellt werden. Am schlimmsten gestaltet sich dieselbe bei den centralen Typosen mit langen

Anfällen, bei welchen der Ausgang in Genesung wohl zu den grössten Seltenheiten gehören dürfte, entschieden besser bei solchen mit kurzen Anfällen, sowohl bezüglich der Besserung, als der völligen Rückbildung; die Vorhersage bei Psychosen mit peripherem Ausgangspunkte wird sich dann günstiger erweisen, wenn deren excentrischer Erregungsherd von selbst erlöschen kann, oder sich einer therapeutischen Massnahme zugänglich erweisen sollte.

Natürlich gestaltet sich im concreten Falle die Prognose um so übler, je öfter bereits die Anfälle sich wiederholt und dadurch die sie vermittelnden anatomischen Bahnen sich mehr fixirt haben, und ferner je mehr die intervallären Erscheinungen, namentlich die psychischen Schwäche-Symptome, ausgesprochen sind.

Behandlung.

Die Darlegung der Behandlung der periodischen Psychosen lässt sich in wenige Sätze zusammenfassen. Mit dem ganzen psychiatrischen Heilapparate ist man gegen dieselbe zu Felde gezogen — und hat doch nur höchst spärliche Siege errungen. Wir übergehen desshalb die zahlreichen vorgeschlagenen Behandlungs-Methoden und beschränken uns auf die Skizzirung unserer eigenen Erfahrungen.

Der *Indicatio causalis* wird da zu genügen sein, wo ausgesprochene peripher eingreifende Momente vorhanden und der Therapie zugänglich sind; am ehesten wird bei einer auf einem Uterin-Leiden basirenden Typose durch Hebung dieses, also durch Ausschaltung des einen krankmachenden Faktors, der Circulus vitiosus zu durchbrechen und somit die Heilung zu erzielen sein; bei Herzleiden und andern an sich ungünstigen peripheren Erkrankungen wird die causale Therapie sich keiner Erfolge zu erfreuen haben.

Zur Erfüllung der *Indicatio morbi* scheint uns in

erster Linie die Opium- oder Morphium-Therapie empfehlenswerth, indem das Opium innerlich gereicht, oder das Morphium endermatisch applicirt, durch ihre Wirkung als Gehirn-Sedativa — bei langer und planmässig fortgesetzter Anwendung — wenigstens in einzelnen Fällen, im Stande zu sein scheinen, durch Herabsetzung des Gehirn-Reiz-Zustandes heilend einzuwirken.

Aehnlich scheint bei den Menstrual-Psychosen Bromkalium zu wirken, indem es — wie bei Epilepsie — die Reizempfänglichkeit der nervösen Centren direkt herabsetzt. Es wirkt, wie Krafft-Ebing's Fälle beweisen, namentlich günstig, wenn grössere Dosen präventiv zur Anwendung kommen.

Dankbarer ist die Aufgabe der Indicatio symptomatica, d. h. die Behandlung der einzelnen Anfälle. Gegen ausgesprochene Kopf-Congestionen empfiehlt sich eine mässige Antiphlogose in Form kalter Fomente; gegen die Gehirn-Reizzustände — Abhaltung aller Reize; gegen die Gefässerregung — Darreichung von Digitalis u. A. m. Vor Allem haben wir auch hier wieder gegen Erregungs-Zustände in der methodischen Anwendung subkutaner Morphium-Injectionen (bei ausgesprochenem Sexual-Reiz des Opiums in Form von Suppositorien oder in kleinen Klysmen) bis zu grossen Dosen ansteigend, ein treffliches Mittel der Beruhigung und wenn zeitig genug vor der erwarteten Exacerbation angewandt — der Prophylaxis. Entsprechend müssen natürlich auch lokale Neurosen gehoben, muss die Körperernährung erhalten oder verbessert, die Verdauung regulirt werden.

Diesen Grundsätzen gemäss vorgehend, gelingt es recht häufig die Erscheinungen der periodisch wiederkehrenden Psychose zu mildern und das ganze Krankheitsbild in abgeschwächter Form verlaufen zu sehen.

Inhalts-Verzeichniss.

Allgemeiner Theil: Seite

Einleitung 3

Pathogenese 7

Eintheilung 13

Speciellcr Theil:

I. Periodische Psychosen direkt centralen Ursprungs . . . 16

1. Centrale Typosen mit langen Anfällen 18

A. Die periodische Manie 28

B. Die periodische Melancholie 52

C. Die cyklische Psychose 57

2. Centrale Typosen mit kurzen Anfällen 77

II. Sekundär ausgelöste Psychosen mit periodischer Wiederkehr 97

Verlauf und Ausgänge 111

Behandlung 113